

Educação, Trabalho, Tecnologias e Cuidado Integral à Saúde e Enfermagem: horizontes do provável

ORGANIZADORES:

Cecília Nogueira Valença
Jonas Sâmí Albuquerque de Oliveira
Raphael Raniere de Oliveira Costa
Soraya Maria de Medeiros



Educação, Trabalho, Tecnologias e Cuidado Integral à Saúde e Enfermagem: horizontes do provável

ORGANIZADORES:

Cecília Nogueira Valença

Jonas Sâmí Albuquerque de Oliveira

Raphael Raniere de Oliveira Costa

Soraya Maria de Medeiros



UERN

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

Reitora

Cicília Raquel Maia Leite

Vice-Reitor

Francisco Dantas de Medeiros Neto

Diretora de Sistema Integrado de Bibliotecas

Jocelânia Marinho Maia de Oliveira

Chefe da Editora Universitária – EDUERN

Francisco Fabiano de Freitas Mendes

Conselho Editorial das Edições UERN

José Elesbão de Almeida

Isabela Pinheiro Cavalcanti Lima

Kalidia Felipe de Lima Costa

Regina Célia Pereira Marques

Maria José Costa Fernandes

José Cezinaldo Rocha Bessa

Diagramação

Isabelly Thyanne de Sousa Silva



Catálogo da Publicação na Fonte. Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.

Educação, Trabalho, Tecnologias e Cuidado Integral à Saúde e Enfermagem:

[recurso eletrônico]: horizontes do provável. /Cecília Nogueira Valença, Jonas Sâmi Albuquerque de Oliveira, Raphael Raniere de Oliveira Costa e Soraya Maria de Medeiros (Orgs.). Mossoró, RN: Edições UERN: 2022.

189 p.

ISBN: 978-85-7621-357-4

1. Saúde. 2. Cuidado Integral - Saúde e Enfermagem I. Valença, Cecília Nogueira. II. Oliveira, Jonas Sâmi Albuquerque de. III. Costa, Raphael Raniere de Oliveira. IV. Medeiros, Soraya Maria de. V. Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. VI. Título.

UERN/BC

CDD 610.7

Bibliotecário: Jocelania Marinho Maia de Oliveira CRB 15 / 319

Editora Filiada à:



Associação Brasileira
das Editoras Universitárias

Meus amigos e minhas amigas

O Programa de Divulgação e Popularização da Produção Científica, Tecnológica e de Inovação para o Desenvolvimento Social e Econômico do Rio Grande do Norte, pelo qual foi possível a edição de todas essas publicações digitais, faz parte de uma plêiade de ações que a Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Norte (FAPERN), em parceria, nesse caso, com a Fundação Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (FUERN), vem realizando a partir do nosso Governo.

Sempre é bom lembrar que o investimento em ciência auxilia e enriquece o desenvolvimento de qualquer Estado e de qualquer país. Sempre é bom lembrar ainda que inovação e pesquisa científica e tecnológica são, na realidade, bens públicos que têm apoio legal, uma vez que estão garantidos nos artigos 218 e 219 da nossa Constituição.

Por essa razão, desde que assumimos o Governo do Rio Grande do Norte, não medimos esforços para garantir o funcionamento da FAPERN. Para tanto, tomamos uma série de medidas que tornaram possível oferecer reais condições de trabalho. Inclusive, atendendo a uma necessidade real da instituição, viabilizamos e solicitamos servidores de diversos outros órgãos para compor a equipe técnica.

Uma vez composto o capital humano, chegara o momento também de pensar no capital de investimentos. Portanto, é a primeira vez que a FAPERN, desde sua criação, em 2003, tem, de fato, autonomia financeira. E isso está ocorrendo agora

por meio da disponibilização de recursos do PROEDI, gerenciados pelo FUNDET, que garantem apoio ao desenvolvimento da ciência, tecnologia e inovação (CTI) em todo o território do Rio Grande do Norte.

Acreditando que o fortalecimento da pesquisa científica é totalmente perpassado pelo bom relacionamento com as Instituições de Ensino Superior (IES), restabelecemos o diálogo com as quatro IES públicas do nosso Estado: UERN, UFRN, UFERSA e IFRN. Além disso, estimulamos que diversos órgãos do Governo fizessem e façam convênios com a FAPERN, de forma a favorecer o desenvolvimento social e econômico a partir da Ciência, Tecnologia e Inovação (CTI) no Rio Grande do Norte.

Por fim, esta publicação que chega até o leitor faz parte de uma série de medidas que se coadunam com o pensamento – e ações – de que os investimentos em educação, ciência e tecnologia são investimentos que geram frutos e constroem um presente, além, claro, de contribuir para alicerçar um futuro mais justo e mais inclusivo para todos e todas!

Boa leitura e bons aprendizados!



Fátima Bezerra

**Governadora do
Rio Grande do Norte.**

Parceria pelo Desenvolvimento Científico do RN

A Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Norte (FAPERN) e a Fundação Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (FUERN) sentem-se honradas pela parceria firmada em prol do desenvolvimento científico, tecnológico e de inovação. A publicação deste livro eletrônico (e-book) é fruto do esforço conjunto das duas instituições, que, em setembro de 2020, assinaram o Convênio 05/2020–FAPERN/FUERN, que, dentre seus objetivos, prevê a publicação de quase 200 e-books. Uma ação estratégica como fomento de divulgação científica e de popularização da ciência.

Esse convênio também contempla a tradução de sites de Programas de Pós-Graduação (PPGs) das Instituições de Ensino Superior do Estado para outros idiomas, apoio a periódicos científicos e outras ações para divulgação, popularização e internacionalização do conhecimento científico produzido no Rio Grande do Norte. Ao final, a FAPERN terá investido R\$ 100.000,00 (cem mil reais) oriundos do Fundo Estadual de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNDET), captados via Programa de Estímulo ao Desenvolvimento Industrial do Rio Grande do Norte (PROEDI), programa aprovado em dezembro de 2019 pela Assembleia Legislativa na forma da Lei 10.640, sancionada pela governadora, professora Fátima Bezerra.

Na publicação dos e-books, estudantes de cursos de graduação da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) são responsáveis pelo planejamento visual e diagramação das obras. A seleção dos bolsistas ficou a cargo da Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis (PRAE/UERN).

Foram 41 obras submetidas em sete (07) editais, 38 delas serão lançadas. Os editais abrangeram diferentes temáticas assim distribuídas: no Edital 17/2020 - FAPERN, os autores/organizadores puderam inscrever as obras resultantes de suas pesquisas de mestrado e doutorado defendidas junto aos PPGs de todas as Instituições de Ciência, Tecnologia e Inovação (ICTIs) do Rio Grande do Norte, bem como coletâneas que foram resultados de trabalhos dos grupos de pesquisa nelas sediados.

No Edital nº 18/2021 - FAPERN, realizou-se a chamada para a publicação de e-books sobre o tema “Turismo para o desenvolvimento do Rio Grande do Norte”. No Edital nº 19/2021 - FAPERN, foi inscrita a chamada para a publicação de e-books sobre o tema “Educação para a cidadania e para o desenvolvimento do Rio Grande do Norte: relatos de ações exitosas”. No Edital nº 20/2021 - FAPERN, foi realizada a chamada para a publicação de e-books sobre o tema «Saúde Pública, desenvolvimento social e cidadania no Rio Grande do Norte: relatos de ações exitosas”. O Edital nº 21/2021 - FAPERN trouxe a chamada para a publicação de e-books sobre o tema “Segurança pública, desenvolvimento social e cidadania no Rio Grande do Norte: relatos de ações exitosas”. O Edital nº 22/2021 - FAPERN apresentou a chamada para a publicação de e-books sobre o tema “Pesquisas sobre o Bicentenário da Independência do Brasil (1822-2022): desdobramentos para o desenvolvimento social e/ou econômico do RN”. O Edital nº 23/2021 – FAPERN realizou a chamada para a publicação de e-books sobre o tema “Pesquisas sobre o Centenário da Semana de Arte Moderna (1992-2022) desdobramentos para o desenvolvimento social e/ou econômico do RN”.

Com essa parceria, a FAPERN e a FUERN unem esforços para o desenvolvimento do Estado do Rio Grande do Norte, acreditando na força da pesquisa científica, tecnológica e de inovação que emana das instituições potiguaras, reforçando a compreensão de que o conhecimento é transformador da realidade social.

Agradecemos a cada autor(a) que dedicou seu esforço na concretização das publicações e a cada leitor(a) que nelas tem a oportunidade de ampliar seu conhecimento, objetivo final do compartilhamento de estudos e pesquisas.



*Maria Lúcia Pessoa
Sampaio Maria Leite*

**Diretora-Presidente
da FAPERN**



Cecília Raquel

Presidente da FUERN

Autores

Ana Luíza Cunha de Carvalho

Brunno Alves de Lucena
Bruno Inglesson Roque Félix da Silva

Cecília Nogueira Valença

Claudiane Galvão Fernandes

Dalyane Louise de Araújo Medeiros

Dayana Kelly Soares Ferreira

Eunice Fernandes da Silva

Fabiana Barbosa Gonçalves

Iago Matheus Bezerra Pedrosa

Ildone Forte de Moraes

Jacqueline Targino Nunes

Jairo Porto Alves

Jéssica Íris Franco da Silva

Jonas Sâmí Albuquerque de Oliveira

José Adailton da Silva

Kailton Veloso Silva

Katarine Florêncio de Medeiros

Lidiane Carla dos Santos Borges

Lucas Gabriel Bezerra Romão

Maria Carolina Batista da Silva

Marília Souto de Araújo

Marina Gabriela Medeiros de Moura

Raissa Lima Coura Vasconcelos

Raphael Ranieri de Oliveira Costa

Soraya Maria de Medeiros

Suely Araújo de Souza

Vanessa Gomes Mourão

Wanesca Caroline Pereira

Apresentação

O desafio de comentar sobre o presente livro, inicialmente exige de mim a difícil tarefa de trazer à tona a atualidade das discussões sobre as interfaces entre Educação, Trabalho e Atenção à Saúde e Enfermagem, no contexto do mundo do trabalho atual.

Essa atualidade remete a uma abordagem dialética do real que por escolha, evoco às potencialidades e possibilidades da análise Marxista presente no *Manifesto Comunista*, ao afirmar “*Tudo o que é sólido desmancha no ar*”. Vivencia-se cotidianamente as transformações do mundo do trabalho e as consequentes repercussões na educação, na saúde e nas formas de viver e trabalhar dos diversos grupos sociais.

Quando se considera todo o desenvolvimento científico e tecnológico, a produção coletiva da riqueza e por outro lado, sua apropriação privada, causando desigualdades sociais, exclusão e falta de acesso da maioria da população à riqueza produzida, há que se indagar sobre a necessidade de se reinventar toda essa produção, assim como a criação de novas bases para o exercício da democracia e justiça social.

Nesse sentido, a presente obra tenta discutir a partir de estudos divididos nos eixos temáticos advindos das linhas de pesquisa do *Caleidoscópio: Laboratório de pesquisa sobre Educação, Trabalho, Saúde e Enfermagem*, o que se configurou como *Horizontes do provável*. Horizontes que se ampliam e estabelecem interfaces possíveis, no caleidoscópio de novos desenhos e conformações de práticas e saberes em realidades concretas.

Como exemplo, o eixo temático *Educação, ensino e tecnologias em saúde e enfermagem*, traz pesquisas sobre as metodologias ativas no processo ensino-aprendizagem, a necessidade de desenvolvimento de tecnologias acessíveis a todos os estudantes de forma igualitária e a importância do treino de habilidades como forma de aprendizagem mais segura.

O eixo temático *O mundo do trabalho em saúde e enfermagem na atualidade*, aborda questões sobre as transformações do mundo do trabalho e a saúde do trabalhador, o trabalho em tempos de pandemia e a contribuição da Atenção Básica de Saúde. O eixo *temático Atenção integral na enfermagem nos ciclos de vida*, discute olhares plurais sobre o saber e a prática de enfermagem no cotidiano desse cuidado.

Enfim, se por um lado, o cotidiano se reinventa sob o signo de transitoriedade, por outro, se busca a especificidade possível das contribuições das práticas e saberes em educação, saúde e enfermagem no contexto atual. Quais os valores ético-políticos e técnico-científico que são para inegociáveis para os saberes e práticas na saúde e enfermagem? Qual o lugar da tecnologia e a quem ela serve? Essas e outras questões afloram nas discussões da presente obra.

Soraya Maria de Medeiros.

Sobre as/os autoras/es

Ana Luíza Cunha de Carvalho - Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Realizou graduação sanduíche em Enfermagem pela Fairfield University através do programa Ciência sem Fronteiras. Enfermeira assistencial na com ênfase em ortopedia e traumatologia.

Brunno Alves de Lucena - Mestre em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências da Saúde do Trairí (FACISA/UFRN). Bolsista Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Psicólogo, com Residência Multiprofissional em atenção à saúde materno-infantil pela UFRN (2019) e especialização em Estratégia Saúde da Família pela UFRN (2021).

Bruno Inglesson Roque Félix da Silva - Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Educação, Trabalho e Inovação em Medicina da Escola Multicampi de Ciências Médicas do Rio Grande do Norte. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Cecília Nogueira Valença - Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Coordenadora do curso de graduação em enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairí (FACISA-UFRN).

Claudiane Galvão Fernandes - Enfermeira assistencial na rede LIGA, graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Pós-Graduada em Gestão Hospitalar e Serviços de Saúde (FAMEC). Especialista em Saúde da Criança pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL) - UFRN. Pós-graduada em enfermagem UTI pediátrica e neonatal.

Dalyane Louise de Araújo Medeiros - Mestre em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA/UFRN). Enfermeira assistencial do Hospital Giselda Trigueiro.

Dayana Kelly Soares Ferreira - Mestre em enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Pós-graduada a nível de residência em Enfermagem em Saúde da Mulher pelo Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. Enfermeira pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Eunice Fernandes da Silva – Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Atualmente é enfermeira do Hospital Universitário Onofre Lopes.

Fabiana Barbosa Gonçalves - Doutora em Psicobiologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicobiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Professora da graduação e pós-graduação da Escola Multicampi de Ciências Médicas do Rio Grande do Norte, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Iago Matheus Bezerra Pedrosa - Discente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Desenvolve pesquisa como aluno de Iniciação Científica (IC) no Instituto de Medicina Tropical do Rio Grande do Norte (IMT/RN/UFRN/2019-atual) com ênfase no Sars-CoV-2 e Leishmania.

Ildone Forte de Moraes - Doutorando em enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Professor no curso de graduação em enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Campus Caicó-RN.

Jacqueline Targino Nunes – Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Especialista em terapia Intensiva e Urgência e Emergência pela Faculdade Metropolitana de Ciências e Tecnologia.

Jairo Porto Alves - Enfermeiro graduado e mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual da Paraíba. Doutorando em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Atualmente é aluno da especialização Informática Aplicada à saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Jéssica Íris Franco da Silva - Enfermeira e licenciada em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Especialista em Saúde da Criança sob forma de Residência Multiprofissional em Saúde pelo Hospital Universitário Onofre Lopes/UFRN.

Jonas Sâmí Albuquerque de Oliveira - Doutor em enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professor da graduação e pós-graduação do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

José Adailton da Silva - Doutor em Saúde Coletiva pela UFRN (2018). Professor do Departamento de Saúde Coletiva da UFRN.

Kailton Veloso Silva - Enfermeiro. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica da Escola Multicampi de Ciências Médicas do Rio Grande do Norte, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Katarine Florêncio de Medeiros - Enfermeira assistencialista e preceptora do Programa de Pós-graduação Latu Sensu da Residência Multiprofissional em Saúde e graduação em Enfermagem no Hospital Universitária Onofre Lopes, Especializando em Informática na Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Especialista em Preceptoria em Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte e Enfermagem do Trabalho e Enfermagem em Terapia Intensiva Geral e Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal pela Faculdade Integrada de Patos (FIP).

Lidiane Carla dos Santos Borges - Mestre em Educação, Trabalho e Inovação em Medicina pelo Programa de Pós-Graduação em Educação, Trabalho e Inovação em Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Servidora técnico-administrativa da Escola Multicampi de Ciências Médicas do Rio Grande do Norte, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Lucas Gabriel Bezerra Romão - Acadêmico do curso de graduação em Medicina da Escola Multicampi de Ciências Médicas - Universidade Federal do Rio Grande do Norte (EMCM/UFRN). Bolsista de Iniciação Científica. Membro do Grupo de Pesquisa Ciências Morfofuncionais e da Liga Acadêmica Seridoense de Endocrinologia e Metabologia.

Maria Carolina Batista da Silva - Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, campus FACISA. Bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica - PIBIC-CNPQ.

Marília Souto de Araújo - Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Doutoranda pelo Programa de pós-graduação em Enfermagem da UFRN. Mestre em Enfermagem na Atenção à Saúde pela UFRN. Especialista em Enfermagem do trabalho e em Saúde Pública pela Faculdade Metropolitana de Ciências e Tecnologia.

Marina Gabriela Medeiros de Moura - Mestre em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi FACISA/UFRN). Enfermeira do Instituto de Medicina Tropical da UFRN.

Raissa Lima Coura Vasconcelos - Enfermeira, formada em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN. Pós graduanda em Dermatologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN.

Raphael Raniere de Oliveira Costa - Doutor em enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Professor da graduação e pós-graduação da Escola Multicampi de Ciências Médicas do Rio Grande do Norte, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Soraya Maria de Medeiros - Doutora em enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professora da graduação e pós-graduação do

Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Suely Araújo de Souza - Graduanda em Enfermagem pela Faculdade de Ciências da Saúde do Trairí - FACISA/ UFRN. Graduada em História Licenciatura pelo Centro de Ensino Superior do Seridó - CERES/UFRN. Bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica - PIBIC-CNPQ.

Vanessa Gomes Mourão – Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Bolsista de Iniciação Científica pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

Wanesca Caroline Pereira - Enfermeira e Bióloga formada pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Especialista em Enfermagem em UTI e Controle de Infecção Hospitalar. Enfermeira residente em Atenção à Saúde da Criança no Hospital Universitário Onofre Lopes.

Sumário

Parte I Educação, Ensino e Tecnologias em Saúde e Enfermagem

- Capítulo I** TEORIAS PARA SUBSIDIAR A EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES AO DEBATE 1
- Capítulo II** UTILIZAÇÃO DE SIMULADORES DE BAIXO CUSTO COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO À LÓGICA DA MERCANTILIZAÇÃO NA FORMAÇÃO EM SAÚDE 13
- Capítulo III** SIMULAÇÃO IN SITU COMO ESTRATÉGIA EDUCACIONAL PARA O TREINAMENTO DE EMERGÊNCIAS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA 23
- Capítulo IV** METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM NO CONTEXTO DA PRECEPTORIA EM SAÚDE 37
- Capítulo V** INSTRUMENTOS PARA O ENSINO E AVALIAÇÃO EM SIMULAÇÃO CLÍNICA NO ENSINO EM SAÚDE: SCOPING REVIEW 46

Parte II O Mundo do Trabalho em Saúde e Enfermagem na Atualidade

- Capítulo VI** RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DO SONO E O ÍNDICE DE MASSA CORPORAL DOS ENFERMEIROS NOS DIFERENTES TURNOS DE TRABALHO 62
- Capítulo VII** A AÇÃO COMUNICATIVA E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA HUMANIZAÇÃO 74

Capítulo VIII ALÉM DO FOGO: AS DIFICULDADES ENFRENTADAS PÓS-QUEIMADURA NO RETORNO AO TRABALHO	84
Capítulo IX CONTRIBUIÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA O ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DE COVID-19	92
Capítulo X AS MEDIDAS DE PROTEÇÃO AO NOVO CORONAVÍRUS ADOTADAS POR PROFISSIONAIS DE UM LABORATÓRIO DE TESTAGEM COVID-19	100
Capítulo XI O REGIMENTO INTERNO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NO BRASIL	108



Parte

Atenção Integral Na Enfermagem nos Ciclos de Vida

Capítulo XII A EXPRESSÃO DAS VIVÊNCIAS DE CRIANÇAS NO CONVÍVIO COM O ADOECIMENTO CRÔNICO MEDIADA PELO DESENHO	124
Capítulo XIII OS APELOS NAS REDES SOCIAIS SOBRE A CRIANÇA CONVIVENDO COM A PANDEMIA DE CORONAVÍRUS	139
Capítulo XIV O CUIDADO DAS/OS ENFERMEIRAS/OS ÀS CRIANÇAS, ADOLESCENTES E JOVENS COM ERROS INATOS DO METABOLISMO	151
Capítulo XV A MORTALIDADE MATERNA FRENTE A SITUAÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	162
Capítulo XVI VIVER COM O ADOECIMENTO: HISTÓRIA DE VIDA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DOENÇA CRÔNICA	177



Parte

Educação, ensino e
tecnologias em saúde
e enfermagem

TEORIAS PARA SUBSIDIAR A EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES AO DEBATE

Ildone Forte de Moraes
Soraya Maria de Medeiros

INTRODUÇÃO

A hegemonia do paradigma positivista no campo da saúde caracterizada pela fragmentação de práticas e saberes, pelo estímulo à atuação individual e pela supervalorização da formação uniprofissional, dificulta as transformações necessárias no ensino e na organização do trabalho em saúde. Diante disso, a formação dos profissionais de saúde precisa superar as barreiras centradas no modelo biomédico, na transmissão acrítica de conteúdos e na memorização de informações (ALMEIDA; TESTON; MEDEIROS, 2019).

A formação em saúde deve considerar que o usuário é o centro da atenção de cuidados proporcionados pelo profissional de saúde. Essa demanda encontra na EIP uma alternativa de mudança para o ensino das profissões de saúde, pois a interprofissionalidade enfatiza a interação entre diferentes áreas profissionais e tem como uma das premissas a integração ensino-serviço-comunidade (PEDUZZI *et al.*, 2016).

No Brasil, a EIP está cada vez mais presente nas políticas de saúde e educação, especialmente no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), com investimentos em ações estruturantes, a saber: Programa de Educação pelo Trabalho para a saúde (PET-Saúde); Residências Multiprofissionais; Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e a revisão das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em saúde (ADAMY *et al.*, 2021; PARREIRA *et al.*, 2019).

Entretanto, apesar dos avanços da EIP, ainda persiste confusão conceitual e dificuldades na compreensão dos aspectos teóricos que caracterizam essa proposta educativa, pois muitos programas, atividades e currículos interprofissionais dificilmente mencionam estruturas teóricas e carecem de embasamento em teorias para sustentar as intervenções e as avaliações do que foi executado (REEVES *et al.*, 2016; KHALILI *et al.*, 2019).

O objetivo deste capítulo é mapear e analisar as principais teorias que podem subsidiar intervenções em EIP, bem como fortalecer o debate acerca das contribuições das bases teóricas no contexto do planejamento, implementação e avaliação de programas e iniciativas interprofissionais. A tese de doutorado intitulada PET-Saúde Interprofissionalidade:

intencionalidade e contribuições dos projetos para a indução de mudanças na formação em saúde, possibilitou a construção destas reflexões.

REFERENCIAL TEÓRICO: MAPEAMENTO DAS PRINCIPAIS TEORIAS PARA A EIP

Uma problemática presente no campo da interprofissionalidade diz respeito a inclusão limitada de teorias para estruturar iniciativas de EIP, pois parcela significativa de intervenções interprofissionais raramente explicitam os fundamentos teóricos que foram utilizados para orientar suas atividades. Diante disso, a efetivação da EIP pode apresentar inconsistências e fragilidades que impossibilitam sua sustentabilidade nas políticas de educação na saúde (ABU-RISH *et al.*, 2012; REEVES *et al.*, 2016; HEAN *et al.*, 2018, BRASIL, 2017).

Apesar dessa situação, a literatura científica permite desvelar algumas teorias que podem embasar programas e currículos interprofissionais. Dentre estas destacam-se o construtivismo; teoria da aprendizagem de adultos; teoria da prática reflexiva; teoria da aprendizagem experiencial; teoria da aprendizagem sócio-cultural; comunidades de prática; aprendizagem sócio-cognitiva; aprendizagem transformativa; teoria do contato; teoria da identidade social; teoria feminista pós-colonial, teoria da complexidade e teoria do capital social. O quadro 1 retrata a síntese nominal destas teorias e as respectivas referências bibliográficas pesquisadas.

Quadro 1 - Teorias para subsidiar intervenções em EIP

<p style="text-align: center;"><i>Construtivismo</i> (HEAN; CRADDOCK; O'HALLORAN, 2009; OLENICK; ALLEN; SMEGO JÚNIOR, 2010; HEAN <i>et al.</i>, 2018)</p>
<p style="text-align: center;"><i>Teoria da aprendizagem de adultos</i> (HEAN; CRADDOCK; O'HALLORAN, 2009; HEAN; CRADDOCK; HAMMICK, 2012; HEAN <i>et al.</i>, 2018; BARR, 2013)</p>
<p style="text-align: center;"><i>Teoria da prática reflexiva</i> (OANDASAN; REEVES, 2005; SARGEANT, 2009)</p>
<p style="text-align: center;"><i>Teoria da aprendizagem experiencial</i> (HEAN <i>et al.</i> 2018; ANDERSON; THORPE, 2010; ANDERSON; LENNOX, 2009)</p>
<p style="text-align: center;"><i>Teoria da aprendizagem sócio-cultural</i> (HUTCHINGS; SCAMMELL; QUINNEY, 2013; HEAN; CRADDOCK; O'HALLORAN, 2009)</p>
<p style="text-align: center;"><i>Comunidades de prática</i> (HEAN <i>et al.</i>, 2018; LEES; MEYER, 2011; MANN <i>et al.</i>, 2009; CLARK, 2006)</p>
<p style="text-align: center;"><i>Aprendizagem sócio-cognitiva</i> (STOCKER; BURMESTER; ALLEN, 2014; HAGEMEIERS <i>et al.</i>, 2014)</p>

Aprendizagem transformativa

(HEAN *et al.*, 2018; GUPTA, 2006; BLUE *et al.*, 2010)

Teoria do contato

(MOHAUPT *et al.*, 2012;

HEAN *et al.*, 2018)

Teoria da identidade social

(PECUKONIS, 2014)

Teoria feminista pós-colonial

(MELEIS, 2016)

Teoria da complexidade

(COOPER; BRAYE; GEYER, 2004;

JORM *et al.*, 2016)

Teoria do capital social

(HEAN; O'HALLORAN; CRADDOCK, 2013;

HEAN; CRADDOCK; HAMMICK, 2012)

CONTRIBUIÇÕES DAS TEORIAS PARA A EIP

O construtivismo foi associado ao nível micro da aprendizagem em EIP, oportunizando as interações sociais entre indivíduos e grupos. Nessa vertente, significado e conhecimento são criados a partir da experiência de cada aprendiz na relação com os outros e com o mundo. Esta abordagem desdobra-se em dois tipos de construtivismo: cognitivo e social (HEAN; CRADDOCK; O'HALLORAN, 2009; OLENICK; ALLEN; SMEGO JÚNIOR, 2010; HEAN *et al.*, 2018).

No âmbito do construtivismo cognitivo para a EIP, três teorias são ressaltadas: teoria da aprendizagem adulta ou andragogia, teoria da prática reflexiva e a aprendizagem experiencial. Esta categorização considera que a criação de estruturas cognitivas e habilidades, como resolução de problemas, devem ser valorizadas por meio das experiências de vida e conhecimentos prévios dos estudantes (HEAN; CRADDOCK; O'HALLORAN, 2009).

A teoria da aprendizagem adulta ou andragogia é frequentemente citada enquanto base teórica para subsidiar a EIP, pois com os princípios dessa teoria os estudantes conseguem interligar abordagens educacionais com práticas profissionais. Dessa forma, a necessidade de saber, baseada na utilidade do conteúdo para cotidiano de trabalho, se constitui como guia para promover conhecimentos, habilidades e atitudes (HEAN; CRADDOCK; O'HALLORAN, 2009; HEAN; CRADDOCK; HAMMICK, 2012; HEAN *et al.*, 2018; BARR, 2013).

Essa abordagem estimula o protagonismo dos estudantes, pois permite que o processo ensino/aprendizagem mantenha-se sob o controle dos aprendizes e mediação dos docentes, que assumem o papel de facilitadores. Em vista disso, são valorizadas as experiências anteriores

dos alunos, para compreender os fenômenos e construir soluções para questões problemáticas em um contexto com suas particularidades (HEAN; CRADDOCK; HAMMICK, 2012; HEAN; CRADDOCK; O'HALLORAN, 2009).

A teoria da prática reflexiva, que tem como expoentes Jonh Dewey e Donald Schön, salienta que a reflexão é um componente essencial para a EIP, pois é por meio da reflexividade que os estudantes podem ter experiências de aprendizagem que perpassam a reflexão na prática e a reflexão sobre a prática. Na primeira situação, a reflexão ocorre no momento da prática profissional, quando os estudantes e profissionais estão interagindo nos serviços com a população. A segunda situação é caracterizada pela ideia de que o ato reflexivo pode ocorrer após as intervenções realizadas (OANDASAN; REEVES, 2005).

Essa teoria é relevante para a EIP porque seus conceitos valorizam a autorreflexão individual e a reflexão coletiva. Essas atitudes possibilitam conhecer os papéis de cada profissão no trabalho em equipe, gerenciar conflitos, ter empatia com as pessoas e aprender colaborativamente (SARGEANT, 2009).

Na teoria da aprendizagem experiencial, formulada por David Kolb, o aprendizado ocorre por meio da inserção de estudantes em experiências da prática profissional. Contudo, essa vivência de uma situação real não é garantia de aprendizagem, pois é necessário refletir sobre as experiências. Neste ponto de vista, ação e reflexão são elementos estruturantes dessa teoria (HEAN *et al.*, 2018).

Na EIP, a teoria da aprendizagem experiencial fornece uma justificativa para as atividades de aprendizado orientadas pela colaboração interprofissional, porque a interação entre estudantes, preceptores e professores nos serviços de saúde suscita a reflexão sobre a importância do trabalho em equipe e o papel, valor e compromisso de cada profissão no cuidado em saúde (HEAN *et al.*, 2018).

O modelo de EIP difundido pela Universidade de Leicester na Inglaterra tem como perspectiva essa abordagem teórica para proporcionar aprendizagem experiencial e reflexiva. Isto significa que os estudantes aprendem sobre comunicação eficaz, participação dos usuários nos cuidados e compartilhamento de decisões terapêuticas. A sustentabilidade desse modelo foi alcançada através do envolvimento de profissionais que estão no cotidiano dos serviços de saúde e valorizam as contribuições dos estudantes para o trabalho em equipe, como por exemplo, a atenção centrada no paciente, família e comunidade e a construção de parcerias entre a universidade e organizações de saúde (ANDERSON; THORPE, 2010; ANDERSON; LENNOX, 2009).

Na esfera do construtivismo social e sua aproximação com a EIP, quatro teorias são referenciadas: teoria da aprendizagem sócio-cultural, comunidades de prática, teoria sócio-cognitiva e teoria da aprendizagem transformativa. Esta classificação considera que a

aprendizagem não é um processo puramente individual, mas que o contexto histórico e cultural é uma condição essencial para o ato educativo (HEAN; CRADDOCK; O’HALLORAN, 2009).

A teoria da aprendizagem sócio-cultural enfatiza os processos grupais e as interações sociais. Representante dessa abordagem, Lev Vygotsky desenvolveu ideias para mostrar como a aprendizagem acontece através da mediação do sujeito com o mundo. Nessa teoria, um conceito essencial é a chamada Zona de Desenvolvimento Proximal – ZDP, que significa o intervalo entre o que o estudante pode aprender sozinho e o que ele pode aprender com ajuda de um outro externo (HUTCHINGS; SCAMMELL; QUINNEY, 2013).

Nesse conceito, o outro externo pode ser o facilitador de EIP ou colega de outra profissão, que proporcionam suporte para o estudante construir sua própria aprendizagem. Isto faz lembrar os andaimes de uma obra, que são retirados lentamente a cada etapa finalizada no processo de construção de uma estrutura. Algo similar pode ser visualizado na interprofissionalidade, porque os avanços nesta área dependem da colaboração interprofissional, que funciona como sustentáculo da integração no trabalho em saúde (HEAN; CRADDOCK; O’HALLORAN, 2009).

Comunidades de prática pressupõem o desenvolvimento e partilha de conhecimento por meio de experiências grupais, engajamento mútuo e projetos conjuntos. Essas comunidades proporcionam um ambiente social que favorece a construção de potencialidades individuais e coletivas para aprendizagem efetiva (HEAN *et al.*, 2018; LEES; MEYER, 2011).

Algumas características dessa abordagem têm implicações para a EIP. Primeiro, a construção do conhecimento ocorre em função das interações sociais dos membros de uma equipe. Além disso, os integrantes de uma comunidade prática aprendem habilidades de trabalho coletivo, como liderança, comunicação e gerenciamento de conflitos, essenciais para a prática colaborativa. Em segundo, o conhecimento adquirido vincula-se fortemente ao julgamento profissional, em especial, ao julgamento clínico, relacionado com os processos sociais e grupais na tomada de decisões adequadas para problemas identificados. Terceiro, ser membro de um grupo interprofissional, em comunidades de prática, possibilita uma visão de mundo para além da própria profissão (CLARK, 2006).

Estudos com essa perspectiva na EIP destacam o compromisso e engajamento dos estudantes, pois eles interagem entre si e com os profissionais em práticas colaborativas no trabalho em equipe. O saldo positivo desse processo é o fortalecimento das principais características pedagógicas do trabalho em pequenos grupos, a título de exemplo, planejamento de ações, aprendizado independente contínuo e ambiente de aprendizado seguro (MANN *et al.*, 2009; LEES; MEYER, 2011).

A teoria sócio-cognitiva, de Albert Bandura, enfatiza que a aprendizagem pode ser adquirida pela observação e imitação de fenômenos da vida real, interconectando fatores individuais, grupais e culturais do contexto social. Nesta teoria, o julgamento das pessoas

sobre suas próprias capacidades é um elemento determinante para autoeficácia em intervenções educativas (STOCKER; BURMESTER; ALLEN, 2014).

Essas ideias na EIP podem ser aplicadas num programa de treinamento simulado em equipe ou no aperfeiçoamento da comunicação interpessoal e interprofissional. No primeiro caso, é possível que os estudantes observem os colegas, obtenham informações sobre o desempenho de cada profissão e modelem comportamentos e conhecimentos. Este cenário subsidia a motivação e preparação dos participantes para o aprendizado efetivo. Na segunda experiência, verifica-se que as crenças de autoeficácia em comunicação interpessoal e interprofissional de estudantes de enfermagem, medicina e farmácia produz impactos assertivos nos relacionamentos profissionais para assistência à saúde (STOCKER; BURMESTER; ALLEN, 2014; HAGEMMEIER *et al.*, 2014).

A teoria da aprendizagem transformativa, criada por Jack Mezirow, concentra-se nas experiências significativas de aprendizado, que promovem interpretações novas do significado de uma vivência pedagógica. Trata-se de um processo que envolve a reflexão crítica das práticas de saúde e alterações nos papéis e comportamentos profissionais, para gerar mudanças nas intervenções (HEAN *et al.*, 2018).

Exemplos da aplicação dessa teoria na EIP são analisados nos trabalhos desenvolvidos em um abrigo e num centro de saúde acadêmico. No primeiro caso, estudantes e professores participaram de um curso interprofissional para cuidar de pessoas albergadas. Essa experiência inspirou os alunos para ressignificar suas atuações individuais e coletivas e despertou sentimentos de justiça social. No segundo estudo, a Universidade da Carolina Sul implementou um programa interprofissional baseado na aprendizagem transformativa, com atividades curriculares e extracurriculares. Esta iniciativa elevou a confiança dos participantes para a realização de cuidados colaborativos (GUPTA, 2006; BLUE *et al.*, 2010).

Além dessas abordagens teóricas, que assinalam os aspectos individuais e contextuais da aprendizagem, outras teorias também foram identificadas nos estudos selecionados. Estas são orientadas para o nível macro da aprendizagem em EIP, ou seja, são abordagens direcionadas para a compreensão da relação do aprendiz com questões estruturais e intergrupais. Nesta classificação estão a teoria do contato, teoria da identidade social, teoria feminista pós-colonial, teoria da complexidade e a teoria do capital social.

A teoria do contato de Gordon Allport tem como pressuposto a ideia de que o contato entre os grupos pode ajudar na redução da hostilidade intergrupar. Porém, esse contato não significa simplesmente reunir pessoas num mesmo espaço físico. Trata-se, sobretudo, de promover a integração desses grupos mediante algumas condições que vão desde a necessidade de eles possuírem objetivos comuns, passando pela cooperação intergrupar, igualdade de status e apoio institucional de autoridades, leis e costumes (MOHAUPT *et al.*, 2012; HEAN *et al.*, 2018).

Dedicar atenção às principais condições indicadas nessa teoria, também denominada de hipótese de contato, pode ajudar a orientação do planejamento, implementação e avaliação de estratégias para EIP, pois um ambiente propício ao contato positivo entre grupos, possibilita o desenvolvimento de competências colaborativas (MOHAUPT *et al.*, 2012; HEAN *et al.*, 2018).

Para a teoria da identidade social, de Henri Tajfel e Jonh Turner, os indivíduos constroem afiliações por meio da participação em grupos. Estas afiliações moldam desejos, crenças e expectativas que são determinantes para o desenvolvimento da identidade pessoal e profissional. Dessa forma, a identidade social fornece as regras para o que é considerado como comportamento adequado do sujeito na sociedade (PECUKONIS, 2014).

As consequências negativas da identidade social, fortemente construída com base numa única profissão, estão diretamente relacionadas com a questão do centrismo profissional. Isso representa algo similar a noção de etnocentrismo, que é a preferência de uma pessoa olhar o mundo através das lentes de sua própria cultura. Em outras palavras, o centrismo profissional pode estar associado com atitudes preconceituosas entre as profissões da saúde, o que dificulta substancialmente a efetivação da EIP (PECUKONIS, 2014).

Isto se constitui num desafio para a EIP, pois as identidades profissionais e a longa história de privilégios médicos são as maiores barreiras para implementação de mudanças no ensino em saúde. Diante disso, a teoria feminista pós-colonial interpreta o diferencial de poder entre os membros das profissões de saúde e equipes de trabalho. Analisa também o domínio colonialista na formação de ideias e pensamentos, que perpetuam a exploração laboral entre grupos profissionais (MELEIS, 2016).

Nessa teoria, condições equitativas poderiam ser alcançadas na medida em que os membros de uma equipe entendessem os papéis uns dos outros e modelassem o respeito ao falar com e sobre cada profissão. Isso exige a substituição do profissionalismo baseado unicamente numa carreira profissional pela interprofissionalidade, que demanda práticas colaborativas para atender às complexas necessidades de cuidados em saúde (MELEIS, 2016).

A teoria da complexidade simboliza repensar o modelo tradicional de ensino baseado no isolamento dos estudantes, pois uma abordagem educacional pautada em estruturas disciplinares insulares e fragmentadas não corresponde às expectativas de aprendizagem fundamentadas na colaboração e solidariedade (COOPER; BRAYE; GEYER, 2004).

Essa teoria fornece à EIP bases teóricas e operacionais para superar restrições lineares ainda presentes no ensino em saúde. Isso permite que a EIP seja mais bem compreendida, questionada e desafiada por um paradigma que reconhece a importância da multidimensionalidade, interdependência e incertezas dos processos educacionais, sanitários, econômicos e culturais (COOPER; BRAYE; GEYER, 2004).

Os conceitos emergência, diversidade e auto-organização, constituintes da teoria da complexidade, são elementos robustos para a EIP. Emergência representa as múltiplas interações entre os estudantes, docentes e estruturas de saúde. Diversidade expressa a multiplicidade de disciplinas e profissões envolvidas na prática colaborativa. E auto-organização, sugere gestão do cuidado centrado no paciente, com a negociação das funções dos membros da equipe e resolução de conflitos na construção de planos terapêuticos integrados (JORM *et al.*, 2016).

Na teoria do capital social as interações sociais são os elementos primordiais para compreender as potencialidades geradas pela participação do indivíduo no grupo interprofissional. Essas relações representam experiências de aprendizagem em EIP, desde que estejam sustentadas no trabalho em pequenos grupos; coesão entre os membros; compartilhamento de recursos externos e internos ao grupo; confiança entre os sujeitos e pactuação de normas e regras, para propiciar a cooperação e o convívio coletivo (HEAN; O'HALLORAN; CRADDOCK, 2013).

A vantagem em fazer parte de um grupo interprofissional é a transferência de conhecimento entre seus integrantes. Isso possibilita maior compreensão do papel de cada profissão na atenção à saúde, articulação de ações individuais e coletivas entre os profissionais e construção de competências para o trabalho em equipe. Contudo, o nível de capital social gerado dependerá da qualidade das interações sociais, proporcionadas pelo engajamento efetivo dos sujeitos que compõem esse grupo e pela sustentabilidade de suas intervenções (HEAN; CRADDOCK; HAMMICK, 2012).

A análise das abordagens teóricas para a EIP revela que a priorização de uma única orientação teórica pode ser inadequada em função dos contextos e histórias das profissões. A literatura científica também não indica uma teoria “padrão ouro” para os programas ou currículos interprofissionais. Logo, as atividades interprofissionais necessitam de uma compreensão detalhada das teorias do comportamento de grupo (HEAN; CRADDOCK; HAMMICK, 2012; HEAN *et al.*, 2018; ANDERSON; SMITH; HAMMICK, 2016).

Além disso, optar por uma só abordagem teórica é insuficiente em um campo tão complexo, porque distintos grupos de estudantes interagem entre si em diferentes estágios de seu desenvolvimento profissional. É por demais relevante considerar o contexto em que a EIP será realizada e as abordagens teóricas que podem ser coerentes num cenário particular das práticas de saúde e educação (HEAN; CRADDOCK; HAMMICK, 2012; HEAN *et al.*, 2018).

Destarte, as teorias identificadas e analisadas possuem elementos que instigam o debate sobre a efetivação da EIP pelo prisma da aprendizagem interativa realizada em pequenos grupos com o desenvolvimento de intensa colaboração entre seus membros. Tais teorias demandam metodologias de ensino que relacionem teoria e prática para atender as necessidades de saúde dos usuários, levando em conta o trabalho em equipe, bem como a articulação ensino-serviço-comunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tríade formada pelo planejamento, implementação e avaliação de iniciativas interprofissionais exige fundamentação teórica, conceitual e metodológica. Isto significa que algumas teorias do campo educacional, da psicologia e da sociologia são fundamentais para subsidiar a organização de políticas, programas e/ou projetos que enfatizam à EIP.

Diante disso, um dos maiores desafios é produzir evidências científicas dos impactos destas teorias em experiências interprofissionais. Esse é o primeiro passo em direção a superação de uma lacuna, qual seja, a busca de consenso para solidificar estruturas teóricas, conceituais e metodológicas na EIP. Assim, as atenções e esforços nesse campo devem estar voltados para testar, compreender, criticar e questionar a viabilidade das teorias apresentadas, considerando a realidade sanitária e educacional brasileira, especialmente a questão da luta pela consolidação do direito à saúde no SUS e a intencionalidade da EIP.

Portanto, as teorias que podem sustentar intervenções em EIP devem ser selecionadas pela capacidade de favorecer a colaboração entre as distintas profissões, a coordenação do cuidado, a integração de práticas dispersas nas especialidades em saúde, a intersetorialidade e a integralidade da atenção à saúde. Estes aspectos em aliança com o desenvolvimento de competências colaborativas devem nortear a escolha da fundamentação teórica de uma proposta educativa interprofissional.

REFERÊNCIAS

ABU-RISH, E.; *et al.* Current trends in interprofessional education of health sciences students: a literature review. **Journal Interprof Care**, v.26, n.6, p. 444-51, 2012.

ADAMY, E.K.; *et al.* Prevenção quaternária: possibilidades a partir da educação dos profissionais de saúde. In: VENDRUSCOLO, C.; TESSER, C.D.; ADAMY, E.K. **Prevenção quaternária: proposições para a educação e prática interprofissional na atenção primária à saúde**. Porto Alegre: Moriá, 2021.

ALMEIDA, R.G.S.; TESTON, E.F.; MEDEIROS, A.A.A interface entre o PET-Saúde Interprofissionalidade e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Saúde Debate**, v.43, n. 1, 2019.

ANDERSON, E.S.; LENNOX, A. The Leicester model of interprofessional education: developing, delivering and learning from student voices for 10 years. **Journal Interprof Care**, v. 23, n. 6, p. 557-73, 2009.

ANDERSON, E.S.; SMITH, R.; HAMMICK, M. Evaluating an interprofessional education curriculum: a theory-informed approach. **Medical teacher**, v. 38, n. 4, 2016.

ANDERSON, E.S.; THORPE, L.N. Learning together in practice: an interprofessional education programme to appreciate teamwork. **Clinical Teacher**, v. 7, n. 1, p. 19-25, 2010.

BARR, H. Toward a theoretical framework for interprofessional education. **Journal Interprof Care**, v. 27, n. 1, p. 4-9, 2013.

BLUE, A.V.; *et al.* Changing the future of health professions: embedding interprofessional education within an academic health center. **Academic Medicine**, v. 85, n. 8, p. 1290-5, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da oficina de alinhamento conceitual sobre educação e trabalho interprofissional em saúde**. Brasília: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde, 2017.

CLARK, P.G. What would a theory of interprofessional education look like? Some suggestions for developing a theoretical framework for teamwork training. **Journal Interprof Care**, v. 20, n. 6, p. 577-89, 2006.

COOPER, H.; BRAYE, S.; GEYER, R. Complexity and interprofessional education. **Learn Health Soc Care**, v.3, n.4, p. 179-189, 2004.

GUPTA, J. A model for interdisciplinary service-learning experience for social change. **Journal of Physical Therapy Education**, v. 20, n. 3, 2006.

HAGEMEIER, N.E.; *et al.* Impact of an interprofessional communication course on nurse, medical and pharmacy students communication skill self-efficacy beliefs. **American Journal**

of **Pharmaceutical Education**, v. 78, n. 10, p. 186-190, 2014.

HEAN, S.; CRADDOCK, D.; HAMMICK, M. Theoretical insights into interprofessional education: AMME Guide N° 62. **Medical Teacher**, v.34, n.2, p. 78-101, 2012.

HEAN, S.; CRADDOCK, D.; O'HALLORAN, C. Learning theories and interprofessional education: a user's guide. **Learning in health and social care**, v.8, n.4, p. 250-262, 2009.

HEAN, S.; *et al.* The contribution of theory to the design, delivery and evaluation of interprofessional curricula: BEME Guide n° 49. **Medical Teacher**, v.40, n.6, p. 542-558, 2018.

HEAN, S.; O'HALLORAN, C.; CRADDOCK, D. Testing theory in interprofessional education: social capital as a case study. **Journal Interprof Care**, v.27, n.1, 2013.

HUTCHINGS, M.; SCAMMELL, J.; QUINNEY, A. Praxis and reflexivity for interprofessional education: towards an inclusive theoretical framework for learning. **Journal Interprof Care**, v. 27, n. 5, p. 358-66, 2013.

JORM, C.; *et al.* Using complexity theory to develop a student-directed interprofessional learning activity for 1.220 healthcare students. **BMC Medical Education**, v. 16, n. 199, 2016.

KHALILI, H.; *et al.* **Guidance on global interprofessional education and collaborative practice research**: discussion paper. Interprofessional Research Global and Interprofessional Global, 2019. Disponível em: <https://interprofessional.global/1390-2/>. Acesso em: 10 jan. 2021.

LEES; A.; MEYER, E. Theoretically speaking: use of a communities of practice framework to describe and evaluate interprofessional education. **Journal Interprof Care**, v.25, n.2, p. 84-90, 2011.

MANN, K.V.; *et al.* Interprofessional education for students of the health professions: the “seamless care” model. **Journal Interprof Care**, v.23, n. 3, p. 224-33, 2009.

MELEIS, A. Interprofessional education: a summary reports and barriers to recommendations. **Journal of Nursing Scholarship**, v.18, n.1, p. 106-12, 2016.

MOHAUPT, J.; *et al.* Understanding interprofessional relationships by the use of contact theory. **Journal Interprof Care**, v.26, n.5, p. 370-5, 2012.

OANDASAN, I.; REEVES, S. Key elements for interprofessional education. Part 1: the learner, the educator and the learning context. **Journal of Interprofessional Care**, v.19, n. sup.1, p. 21-38, 2005.

OLENICK, M.; ALLEN, L. R.; SMEGO JÚNIOR, R.A. Interprofessional education: a concept analysis. **Advances in Medical Education and Practice**, v.1, p. 75–84, 2010.

PARREIRA, C.M.S.F.; *et al.* Educação interprofissional no Brasil. In: NUIM, J. J. B.; FRANCISCO, E. I. **Manual de educação interprofissional**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

PECUKONIS, E. Interprofessional education: a theoretical orientation incorporating profession-centrism and social identity theory. **Jornaul of law, medicine and ethics**, v. 42, n. 2, p. 60-64, 2014.

PEDUZZI, M.; *et al.* Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. In: MARTINS, M.A.; *et al.* **Clínica Médica**. 2 ed. Barueri: Manole, 2016.

REEVES, S.; *et al.* A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide nº 39. **Medical Teacher**, v. 38, n. 7, p. 656-68, 2016.

SARGEANT, J. Theories to aid understanding and implementation of interprofessional education. **Journal of Continuing in the Health Professions**, v.29, n.3, p. 178-84, 2009.

STOCKER, M.; BURMESTER, M.; ALLEN, M. Optimisation of simulated team training through the application of learning theories: a debate for a conceptual framework. **BMC Medical Education**, v. 14, n. 69, 2014.

UTILIZAÇÃO DE SIMULADORES DE BAIXO CUSTO COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO À LÓGICA DA MERCANTILIZAÇÃO NA FORMAÇÃO EM SAÚDE

Marília Souto de Araújo
Soraya Maria de Medeiros
Raphael Raniere de Oliveira Costa

INTRODUÇÃO

Mediações nos contextos políticos, sociais e econômicos repercutem em transformações nos processos produtivos, no perfil de qualificação dos profissionais e na força de trabalho. No âmbito da saúde, essas modificações trazem consigo a necessidade de novos cenários e possibilidades. Para a compreensão dessas alterações e de suas dinâmicas, é fundamental que se dê relevância a recursos humanos bem formados, comprometidos com a causa da saúde, e com vistas a garantir a qualidade e a resolubilidade dos cuidados e dos serviços disponíveis para a população (WERMELINGER; MACHADO; AMANCIO FILHO, 2007).

Essas transformações demandam estratégias de formação que tenham como referência os princípios éticos da universalidade, da equidade e da integralidade. Além disso, o desenvolvimento de inovações tecnológicas, em paralelo a essas mudanças, repercute e altera os diversos contextos atuais da saúde (MERHY, 2007).

Ressalta-se ainda que a Organização das Nações Unidas (ONU) apresentou em 2015 uma agenda para o cumprimento de objetivos do Desenvolvimento Sustentável até 2030; ressalta-se, nesse contexto, os seguintes objetivos: educação de qualidade, redução das desigualdades e consumo e produção responsáveis (ALMEIDA *et al.*, 2015).

Nessa perspectiva, torna-se importante aprimorar e desenvolver tecnologias de ensino, que possam ir de encontro às discussões políticas, contextos sociais e econômicos, que sejam capazes de fortalecer o aprendizado e a capacitação de estudantes e profissionais de saúde.

Emerge-se a simulação clínica, que se mostra uma estratégia efetiva de ensino-aprendizagem, posto que proporciona uma estruturação do conhecimento ao apresentar-se como um processo dinâmico que envolve a criação de uma oportunidade hipotética que incorpora uma representação da realidade (JEFFRIES, 2012; ALMEIDA *et al.*, 2015).

Nessa esteira e a fim de se criar situações mais reais nos treinamentos, têm sido desenvolvidos dispositivos cada vez mais sofisticados e próximos à realidade. Assim, foram elaborados simuladores classificados como de alta, média e de baixa fidelidade. Os de baixa fidelidade são caracterizados pela integração de pouca tecnologia e destinados à aprendizagem e prática de habilidades simples e podem ser exemplificados pelas peças anatômicas, como as utilizadas no treino de aplicação de injetáveis (*THE INASCL BOARD OF DIRECTORS*, 2011). Já os de média e de alta fidelidade são caracterizados pela integração de níveis crescentes de tecnologia, que permitem o fornecimento de respostas fisiológicas às intervenções praticadas (CANT; COOPER, 2010; SILVA *et al.*, 2018).

À medida que se avançou nesse sentido, porém, despontou um outro problema: o elevado custo desses equipamentos. Tanto sua aquisição quanto sua manutenção têm sido obstáculos para o seu emprego, podendo, não raramente, inviabilizar sua utilização em várias regiões do Brasil e do mundo (SOUZA NETO, 2015). Essa discussão não permeia apenas o cunho econômico, considerando que há ainda uma falta de resultados educacionais quando se compara os modelos de baixa e de alta fidelidade (NORMAN, 2014; MASSOTH *et al.*, 2019).

Tal fato contribui para que a simulação clínica, principalmente no contexto da formação pública de ensino em saúde, seja ainda pouco utilizada no território nacional, restando, predominantemente, as estratégias de ensino tradicionais. Com efeito, somente instituições formativas que possuem mais recursos financeiros possuem acesso a simuladores sofisticados que, quando utilizados de forma efetiva, contribuem consideravelmente para o processo de formação.

Portanto, reflete-se o alto custo de simuladores como gerador de desigualdades na formação em saúde, na medida em que regiões mais carentes tendem a não ofertar um ensino que envolva a utilização de simuladores de alta fidelidade, eximindo diversos estudantes dos inúmeros benefícios que a simulação clínica possui para o processo de ensino e aprendizagem, tais como o aumento dos níveis de conhecimento, satisfação com o ensino e autoconfiança na atuação clínica.

Entretanto, chama-se atenção para o fato de que há diversas outras possibilidades de realizar a simulação clínica na ausência de simuladores de alto custo, tais como o uso do paciente padrão, que não apresenta custos onerosos no ensino presencial, porém no ensino híbrido também apresenta dispêndios. Porém, no presente estudo, reflete-se de modo específico sobre os simuladores de alto custo e suas possibilidades de auxiliar na melhoria dos processos formativos.

Desse modo, percebe-se que a transformação do setor educacional em objeto de interesse do grande capital, uma das consequências da globalização, se dá de modo claro nesse contexto. De tal modo, resta claro, pois, o fenômeno da mercantilização da educação, na medida em que os interesses econômicos superam os basilares, os de aprendizagem (FRITSCH; JACOBUS; VITELLI, 2020).

O Brasil, como país em desenvolvimento, possui a característica própria dessa categoria, de apresentar desigualdades na distribuição da renda e imensas deficiências no sistema educacional. Quando se pensa o acesso a ferramentas educacionais potenciais para a melhoria do aprendizado em um contexto de desigualdades, tem-se que estudantes mais carentes deixam de ter acesso a recursos que impactam o desenvolvimento do ensino; essas lacunas, podem resultar em fragilidades imensuráveis no futuro (FOO *et al.*, 2020).

Espera-se que a crescente demanda por responsabilidade, transparência e eficiência na educação das profissões de saúde impulse o aumento da demanda e do uso de análises de custo e valor (FOO *et al.*, 2020). É nesse contexto que se insere o presente ensaio que objetiva refletir sobre a construção de simuladores de baixo custo como uma estratégia de enfrentamento à lógica da mercantilização na formação em saúde a partir das concepções de Karl Marx.

MÉTODO

Trata-se de um ensaio teórico, de cunho reflexivo, proveniente de discussões realizadas na disciplina de Filosofia, ofertada no Programa de pós-graduação em Enfermagem de uma instituição federal de ensino do nordeste brasileiro.

As reflexões foram embasadas a luz da literatura nacional e internacional atinente ao tema, além das expertises dos autores em projetos relacionados ao fenômeno em discussão. Por não envolver seres humanos, não foi necessário a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

AS CONTRIBUIÇÕES DE KARL MARX PARA O CAMPO EDUCACIONAL

Karl Marx nasceu em 1818 na Alemanha, e foi filósofo, historiador, sociólogo, economista e jornalista que enveredou seus caminhos pelo aspecto político e revolucionário. Um dos desenvolvedores da teoria socialista, Marx traz diversas contribuições, através de suas obras, para os âmbitos políticos, sociais, econômicos e educacionais (MARX, 2008).

Reflete que a estrutura econômica, formada pelo conjunto das relações de produção, determina a formação da chamada consciência social, influenciando, portanto, no entendimento da população quanto a fatores políticos, econômicos, sociais e espirituais (MARX, 2008).

Com o passar do tempo, as forças produtivas, que crescem no seio das relações de produção existentes em uma sociedade, acabam se chocando com essas mesmas relações de produção (isto é, com as relações de propriedade), e desse antagonismo nasce a revolução

social, que objetiva alterar as relações de propriedade até então estabelecidas (MARX, 2008). Marx discute os ideais de um socialismo científico, através da instauração da revolução com um intuito de possibilitar o alcance de uma sociedade igualitária e justa.

O Estado para Marx “controla, regulamenta, vigia e tutela a sociedade civil”, estando a sociedade em um estado de torpor, absolutamente dependente do mesmo, e indicando uma “disformidade incoerente do corpo social” frente a essa “máquina governamental vasta e complicada” (MARX, 1997, p. 79-80).

Desse modo, compõem o Estado diversas instituições, dentre elas as de ensino. A partir disso, tem-se um Estado que conserva direitos das classes dominantes, dentro do contexto escolar, tornando a educação parte da estrutura de controle usada pelas classes dominantes (MARX, 1984).

Assim, não há como compreender a educação e seus entraves como algo isolado, fazendo-se necessário, portanto, compreender o contexto em que ela se realiza -os meios de produção. No Brasil, a escola traz em sua gênese um sistema educacional findado na alienação, desde os períodos da escravidão, onde os saberes existentes foram desconsiderados e impostos outros saberes, objetivando tornar indivíduos em condição de subordinação, o que abriu precedentes para a escravidão (SANTOS; SANTOS, 2017).

Ao fazer uma releitura da escravidão histórica, com a escravidão moderna, Marx reflete que as concepções passadas pela escola à classe dos trabalhadores criam uma alienação que vinda os olhos para os reais interesses da classe em que eles estão inseridos - o proletariado.

Com isso, tem-se a educação sendo utilizada como uma mercadoria que satisfaz necessidades humanas das classes dominantes, que são movidas pelo consumo e produção, e que são detentoras de mediações e determinações maliciosas (MARX, 2013).

Ao partir da concepção de que é a prática social que permite a determinação da validade do conhecimento, como reflexo da realidade concreta, Karl Marx defende uma educação socializada e igualitária para todos; a educação como um caminho que possibilite a compreensão da realidade histórica e social através do conhecimento (MARX; ENGELS, 1993; PIRES, 1999).

Desse modo, a educação se apresenta com um caráter libertador e emancipatório em relação às amarras ideológicas alienadoras das classes dominantes sobre o proletariado, entretanto, no contexto neoliberal atual, a educação é encarada como uma mercadoria que alimenta um sistema de interesses de capital (MARX, 2008).

A LÓGICA DA MERCANTILIZAÇÃO NA FORMAÇÃO EM SAÚDE: O CASO DA SIMULAÇÃO CLÍNICA

A mercantilização do ensino não é uma problemática que deve ser visualizada *in loco*, ou dissociada do contexto neoliberal e da sua tendência ao privilégio do capital. Na conjuntura educacional, tem-se de forma precisa os danos a Política de Educação, que culminam em incentivo a privatização do ensino e apresentam impactos danosos ao processo formativo e a produção de conhecimento, ao fomentar desigualdades nos processos educacionais.

O neoliberalismo fomenta a concepção de educação como mercadoria, o que é incompatível com os ideais materializados na Constituição Federal Brasileira que apresenta a educação enquanto um direito social (BRASIL, 1988).

As faces do ideário neoliberal no contexto educacional apresentam-se com o intento lucrativo, e traz uma perspectiva provocativa que gira em torno da privatização do insumo educacional, objeto de reflexão do presente artigo a partir das conceituações de Marx.

Nesse cenário, a simulação se apresenta como uma metodologia educativa com diversas potencialidades para o processo de ensino e aprendizagem, dentre elas a promoção da prática reflexiva, aumento da autoconfiança e satisfação com o ensino. Entretanto, uma ferramenta da simulação clínica, não substancial para a sua utilização, porém que aumenta o nível do realismo consideravelmente, são os simuladores de alta fidelidade (KNOBEL *et al.*, 2020).

Alguns simuladores apresentam-se no mercado com valores exorbitantes, que variam de 28.000 a 150.000 dólares, sendo este um dos principais limitadores para a disseminação em larga escala pelas instituições formadoras (KNOBEL *et al.*, 2020; SOUZA; RAMOS; JANUÁRIO, 2019; BRASIL *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2018; JOHNSTON *et al.*, 2016; IGLESIAS; PAZIN-FILHO, 2015; TEIXEIRA *et al.*, 2011).

Visualiza-se, portanto, os simuladores de alto custo como sendo esses insumos privatizados que trazem repercussões para a formação em saúde, tais como: melhoria da aprendizagem, da satisfação, da motivação, do realismo, da autoconfiança e da performance prática (PRESADO *et al.*, 2018; BAPTISTA *et al.*, 2014). Entretanto, resta claro a falta de disponibilidade em ampla escala dos simuladores para acesso de estudantes por motivos estes, relacionados, principalmente, a capitalização de recursos educacionais.

A CONSTRUÇÃO DE SIMULADORES DE BAIXO CUSTO COMO UMA ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO

A produção de simuladores é liderada pelos Estados Unidos da América, e o Brasil, assim como outros países em desenvolvimentos dependem da exportação dessas ferramentas para o seu uso (SILVA *et al.*, 2018).

A percepção desse entrave tem feito com que a criação de simuladores de baixo custo seja encorajada na América Latina. Atualmente, no Brasil, há programas mobilizadores para a Política de Desenvolvimento Produtivo, com o objetivo de levar o Brasil a ter domínio sobre o conhecimento científico-tecnológico em áreas estratégicas (BRASIL, 2013).

Não obstante aos ideais econômicos que essa Política apresenta, importante considerar o estímulo ao desenvolvimento próprio que é encorajado através da normativa e de algumas pesquisas, que apontam a construção de simuladores como uma prática promissora para o ensino em saúde (SILVA *et al.*, 2018; PEROSKY *et al.*, 2011).

É na identificação dessa prática promissora que se envereda a percepção de utilizar-se da construção de simuladores de baixo custo como ferramenta de enfrentamento à toda lógica de utilização da educação como mercadoria, que limita e distorce os objetivos de aprendizagem, que são basilares e fundamentais em sua gênese conceitual.

A construção de simuladores de baixo custo é uma alternativa que possibilita a disseminação da simulação clínica enquanto estratégia de ensino nas instituições educacionais, considerando que esse é um dos principais impedimentos identificados nos estudos.

Nessa perspectiva, a construção de simuladores torna-se uma estratégia de oportunizar e facilitar o aumento da qualidade do ensino rompendo com a lógica de mercado envolvida no alto custo dessas ferramentas, na medida em que possibilita acesso a estratégias de ensino potentes e inviabilizadas, muitas vezes, pelo custo envolvido.

Desse modo, o estudo apresenta limitações por carecer de fundamentação teórica robusta relacionada ao objeto de estudo ‘construção de simuladores de baixo custo’ e ainda por Karl Marx voltar seus estudos, predominantemente, a economia e a política.

De todo modo, apresenta-se, com essa reflexão, contribuições para a saúde e enfermagem na medida em que amplia concepções antes vistas como meramente técnicas. O estímulo realizado a construção de simuladores de baixo custo impactam diretamente a educação em enfermagem, visto que possibilita a disseminação da simulação, e dos seus benefícios, em ampla escala e que, concomitantemente, apresenta potencial de promover impactos nos processos de ensino e aprendizagem, possibilitando a melhoria da formação e do aumento da qualidade dos cuidados oferecido a população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As transformações dos processos produtivos, econômicos e políticos culminam em necessidade de reorganização dos processos de ensino em saúde. Estratégias de ensino e aprendizagem eficazes e duradouras são necessárias para as mediações existentes na sociedade contemporânea.

Ao passo que as estratégias de ensino se modificam, evidencia-se desigualdades na formação educacional, associadas aos aspectos econômicos que culminam na qualidade do ensino e impactam os serviços e a sociedade. Tais contrastes são frutos do impacto do neoliberalismo e da concepção da educação como mercadoria, onde os interesses do capital superam os demais.

Desse modo, a partir das reflexões aqui enunciadas, reconhece-se a construção de simuladores de baixo custo como uma estratégia de enfrentamento à lógica da mercantilização da educação, quando permite alcance de ferramentas educacionais potentes. Ressalta-se que pensar estratégias outras que superem essa lógica se faz necessária na medida em que compactua com lutas políticas pela legitimação de direitos constitucionalmente garantidos, como o da educação como um direito de todos os cidadãos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R.G.S; MAZZO, A.; MARTINS, J.C.A.; *et al.* Validação para a língua portuguesa da escala Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 1007-1013, 2015.

BAPTISTA R.C.N.; MARTINS, J.C.N.; PEREIRA, M.F.C.R.; *et al.* Simulação de Alta-Fidelidade no Curso de Enfermagem: ganhos percebidos pelos estudantes. **Rev Enf Ref**, Coimbra, v. 6, n. 1, p. 135-144, 2014.

BEHRENS, R. Segurança do paciente e os direitos do usuário. **Rev Bioét**, v. 27, n. 2, p. 253-260, 2019.

BRASIL, G.C.; RIBEIRO, L.M.; MAZZO, A.; *et al.* Utilização de escalas de design e autoconfiança na avaliação da simulação realística materno-infantil. **Rev Enf Ref**, Coimbra, v. 4, n. 19, p. 117-125, dez. 2018.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior. **Política de Desenvolvimento Produtivo**. Brasília: MDIC, 2008.

COSTA, R.R.O.; MEDEIROS, S.M.; MARTINS, J.C.A.; *et al.* Percepção de estudantes da graduação em enfermagem sobre a simulação realística. **Revista Cuidarte**, v. 8, n. 3, p. 1799-808, 2017.

FOO, J.; *et al.* Cost evaluations in health professions education: a systematic review of methods and reporting quality. **Medical education**, v. 53, n. 12, p. 1196-208, 2019.

FRITSCH, R.; JACOBUS, A.E.; VITELLI, R.F. Diversificação, mercantilização e desempenho da educação superior brasileira. **Avaliação**, Sorocaba, v. 25, n. 1, p. 89-112, 2020.

GROSSI, P.K.; GASPAROTTO, G.P.; VIEIRA, M.S.; *et al.* Mercantilização da política de educação: o processo de transformação do direito em mercadoria. **Anais... XI Seminário Internacional de demandas sociais e políticas públicas na sociedade**, 2014. p. 1-18.

HARDER, B.N. Use of simulation in teaching and learning in health sciences: a systematic review. **The Journal of Nursing Education**, v. 49, n. 1, p. 23-28, jan. 2010.

ICL. Imperial College London. **E-Learning for undergraduate health professional education**: a systematic review informing a radical transformation of health workforce development. Geneva: WHO, 2015

IGLESIAS, A.G.; PAZIN-FILHO, A. Emprego de simulações no ensino e na avaliação. **Med**, v. 48, n. 3, p. 233-240, 2015.

JEFFRIES, P.R. **Simulation in nursing education**: From conceptualization to evaluation. New York: National League for Nursing, 2012.

JOHNSTON, M.J.; PAIGE, J.T.; AGGARWAL, R.; *et al.* Stefanidis D, Tsuda S, Khajuria A, *et al.* An overview of research priorities in surgical simulation: What the literature shows has been achieved during the 21st century and what remains. **Am J Surg**, v. 211, n. 1, p. 214-25, 2016.

KNOBEL, R.; MENEZES, M.O.; SANTOS, D.S.; *et al.* Planejamento, construção e utilização de simuladores artesanais para aprimoramento do ensino e aprendizagem de Obstetrícia). **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 28, n? pagina?2020.

KOCH, L.F. The nursing educator's role in e-learning: a literature review. **Nurse Educ Today**, v. 34, n. 11, p. 1382-7, 2014.

MARX, K. **Contribuição à crítica da economia política**. São Paulo (SP): Editora Expressão popular, 2008.

MARX, K. **Le 18 brumaire de Louis Bonaparte**. Paris: Mille et une Nuits, 1997.

MARX, K. **O capital**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1894.

MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. São Paulo: Fontes, 1993.

MASSOTH, C.; *et al.* High-fidelity is not superior to low-fidelity simulation but leads to overconfidence in medical students. **BMC medical education**, v. 19, n. 1, p. 1-8, 2019.

MASSOTH, C.; RÖDER, H.; OHLENBURG, H.; *et al.* High-fidelity is not superior to low-fidelity simulation but leads to overconfidence in medical students. **BMC Med Educ**, v. 19, n. 1, p. 1-8, 2019.

NORMAN, G. Simulation comes of age. **Adv Health Sci Educ Theory Pract**, v. 19, n. 2, p. 143-146, 2014.

OLIVEIRA, A.C.; GARCIA, P.C.; NOGUEIRA, L.S. Nursing workload and occurrence of adverse events in intensive care: a systematic review. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. 4, p. 679-689, 2016.

PEROSKY, J.; RICHTER, R.; RYBAK, O.; *et al.* A low-cost simulator for learning to manage postpartum hemorrhage in rural Africa. **Simul Health**, v. 6, n. 1, p. 42-47, 2011.

PIRES, M. F. C. Education and the historical and dialectical materialism. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.1, n.1, p????1997.

PRESADO, M.H.C.V.; COLAÇO, S.; RAFAEL, H.; *et al.* Aprender com a Simulação de Alta Fidelidade. **Ciênc Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 51-59, 2018.

SANTOS, H.; SANTOS, L. A educação no contexto das transformações da relação capital e trabalho. **Anais... I Encontro Nacional e X fórum Estado, capital e trabalho**, Sergipe, 2017.

SILVEIRA, M.S.; COGO, A.L.P. Contribuições das tecnologias educacionais digitais no ensino de habilidades de enfermagem: revisão integrativa. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 38, n. 2, 2017.

SOUZA NETO, J.L. **Desenvolvimento e avaliação do emprego de dispositivo ajustável ao corpo para treinamento de habilidade de acesso venoso periférico no membro superior.** 71f. 2015. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Escola Multicampi de Ciências Médicas, Caicó, RN, 2017.

SOUZA, P.O.; RAMOS, A.C.B.; JANUÁRIO, L.H. **Manequim de alta fidelidade: uma avaliação da simulação de convulsão e de SBV pediátrico.** Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019.

TEIXEIRA, C.R.S.; KUSUMOTA, L.; BRAGA, F.T.M.M.; *et al.* O uso de simulador no ensino de avaliação clínica em enfermagem. **Texto contexto – enferm**, v. 20, n. spe, p. 187-193, 2011.

URDIALES, A.I.A.; STRUCK, G.T.; GUETTER, C.R.; *et al.* Cricotireoidostomia cirúrgica. Análise e comparação entre modelos de ensino e validação de simuladores. **Rev Col Bras Cir**, Rio de Janeiro, v. 47, n/ p??2020.

WERMELINGER, M.; MACHADO, M.H.; AMANCIO FILHO, A. Políticas de educação profissional: referências e perspectivas. **Ensaio**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 55, p. 207-222, 2007.

SIMULAÇÃO *IN SITU* COMO ESTRATÉGIA EDUCACIONAL PARA O TREINAMENTO DE EMERGÊNCIAS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA

Bruno Inglesson Roque Félix da Silva
Lucas Gabriel Bezerra Romão
Raphael Raniere de Oliveira Costa

INTRODUÇÃO

Define-se simulação *in situ* como atividade baseada em simulação que ocorre no contexto real, ou seja, os cenários simulados são elaborados no próprio ambiente de trabalho. Em razão disso, ocorre facilitação do acesso dos profissionais à capacitação e potencializa o treinamento de equipes de profissionais e, ainda, promove a fidelidade dos cenários à proporção que o contexto de aprendizagem se assemelha ao contexto da prática (SORENSEN, 2017; POSNER, 2017).

A utilização de simulação *in situ* para aprimoramento de profissionais no SUS é uma boa alternativa de aprendizado. Tendo em vista que muitos municípios carecem de investimentos financeiros dedicados a este segmento, essa modalidade configura-se como uma estratégia de treinamento promissora e econômica para abordar muitos dos desafios contemplados na APS, reunindo problemas críticos relacionados ao cuidado do paciente de forma a maximizar melhorias tangíveis no trabalho em equipe multidisciplinar (BAZILIO, 2020).

Diante de situações de urgência e emergência é indispensável aos profissionais da saúde o conhecimento e aplicabilidade acerca do Suporte Básico de Vida (SBV) - protocolo de ações que são úteis na tentativa de garantir a vida de pacientes que podem evoluir com morte ou que estão em risco iminente. Por mais óbvio que seja, é importante destacar que a parada cardíaca é o evento que antecede a morte, independente da condição subjacente que a causou (GONZALEZ *et al.*, 2013).

O SBV, portanto, consiste numa abordagem inicial da vítima de parada cardiorrespiratória (PCR), o qual é composto por uma sequência primária de ações e inclui rápida detecção da parada, compressões torácicas externas e ventilação eficazes, desfibrilação precoce e atendimento avançado (GUIMARÃES, 2015). Nesse aspecto, a principal manobra terapêutica para o quadro de PCR é a Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP), que possibilita mais rapidamente o retorno da circulação e respiração espontânea (GONZALEZ *et al.*, 2013).

Isto posto, conforme Oliveira *et al.*, (2016), em estudo realizado com médicos e enfermeiros da APS em Teresina/Piauí, os profissionais perceberam como deficientes os recursos físicos e materiais para o atendimento de urgências, sentem-se despreparados e avaliam como baixa a resolutividade do nível primário de atenção para essas demandas.

Alguns estudos têm demonstrado que profissionais e graduandos em na área da saúde não possuem conhecimento científico satisfatório tanto teórico quanto prático em PCR/RCP. A insipiência sobre esse tema, em parte, é fruto de formação vacante, durante a qual as abordagens sobre a temática, quando existem, são tópicas e rasas e, portanto, insuficientes para proporcionar a aquisição de conhecimentos robustos necessários para a atuação diante de uma vítima de PCR (CAPOVILLA, 2002; GOMES; BRAZ, 2012; NEVES *et al.*, 2010).

Nesse ínterim, a simulação vem sendo utilizada como estratégia facilitadora para o ensino do SBV, e o impacto disto vem sendo observado em diversos estudos. De acordo com García-Suárez *et al.* (2019), em revisão realizada entre estudantes de medicina e enfermagem, a simulação de alta fidelidade viabilizou maiores níveis de conhecimento teórico quando comparada a treinamento clássico conduzido por instrutor ou a metodologias como treino autodirigido em manequins. De modo semelhante, consoante Meira Júnior *et al.* (2016) em outro estudo, houve ganho de conhecimentos e habilidades após capacitação em SBV com base em simulação realizada entre médicos e enfermeiros da APS.

Dessa maneira, a simulação *in situ* é uma forma eficaz de aprimorar habilidades, identificar lacunas de conhecimento, reduzir erros médicos e praticar o trabalho em equipe com o objetivo geral de melhorar o atendimento ao paciente. Embora a simulação não possa substituir a exposição clínica real, esta promove o aprendizado experiencial sem comprometer a segurança do paciente (SHRESTHA, 2020). Nessa perspectiva, o capítulo tem por objetivo refletir sobre a simulação *in situ* enquanto estratégia pedagógica para o ensino e qualificação de profissionais de saúde para lidar com urgências e emergências no contexto da APS.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura a partir do levantamento do referencial teórico, projeto de pesquisa, intitulado “Simulação *in situ* para o treinamento de suporte básico de vida” em desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Educação, Inovação e Trabalho em Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Para a coleta do material, realizou-se uma busca não parametrizada em diversos bancos e bases de dados. Para isso, utilizou-se as seguintes palavras-chave: “simulação clínica”, “simulação *in situ*”, “emergências” e “Atenção Primária à Saúde”.

Foram analisados documentos oficiais, artigos e capítulos de livros. Com o objetivo de organizar os dados encontrados, este capítulo foi organizado em cinco categorias, a seguir: Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde: o que dizem as políticas? O Suporte Básico de Vida e a Atenção Primária à Saúde; e a simulação clínica como método de ensino-aprendizagem; simulação *in situ*.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Urgências e emergências na Atenção Primária a Saúde: o que dizem as políticas?

Um dos grandes desafios aos formuladores e gestores das políticas públicas do Brasil consiste na ineficiência dos serviços assistenciais oferecidos à população, que dificulta a garantia dos direitos previstos constitucionalmente. Os sistemas públicos dos países democráticos têm como função principal garantir à sua população direitos, e a saúde é um desses, estando essa instituída na Lei soberana do País, a nossa Constituição, descrita assim em seu Art. 196: a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

No intuito de reduzir essas ineficiências assistenciais e servir como interface entre a atenção básica, média e alta complexidade, foi instituída a partir da portaria N.º 1863/GM, em 29 de setembro de 2003, a criação da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), que visa garantir a universalidade, equidade e integralidade das urgências em saúde, assim como desenvolver estratégias promocionais da qualidade de vida e saúde capazes de prevenir agravos, proteger a vida, educar para a defesa e recuperação da saúde, seja ela pelo desenvolvimento de intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, ou implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e democratização das informações com a perspectiva de usá-las para alimentar estratégias promocionais e qualificação da assistência (BRASIL, 2006).

No Brasil, a PNAU preconiza que a atenção para estes fins deve ocorrer em todos os níveis do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, a AB, como parte integrante da Rede de Atenção às Urgências (RAU), deve ser estruturada para prover atendimento resolutivo em casos de urgência considerados de baixa complexidade, e que não demandem de alta tecnologia, oferecendo o primeiro atendimento ao usuário, estabilizando quadros mais graves e encaminhando para outros níveis de atenção quando necessário (BRASIL, 2013).

Os conceitos pré-estabelecidos de urgência e emergência, seja pela comunidade ou pelos profissionais da saúde, podem interferir na procura ou assistencialismo. Sobre este aspecto, o

conceito de urgência pode divergir em percepção e sentimento. Para os usuários do serviço, a urgência está associada à ruptura do curso de vida; para profissionais de saúde, a urgência está relacionada ao tempo, proporcional ao prognóstico do paciente; para as instituições de saúde, a urgência está orientada à perturbação da organização do serviço; e para o dicionário da língua portuguesa, urgência e emergência têm sentidos trocados ao conceito americano, tendo como urgência aquilo que não se pode esperar e emergência como agravo inesperado (BRASIL, 2006).

Por assumir uma função de ordenadora do serviço, a AB define a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2012). A associação da AB como porta de entrada prioritária para as redes está relacionada à sua capacidade de constituir-se como lugar onde os problemas de saúde são apresentados, diagnosticados e tratados, sejam eles casos agudos ou crônicos (SOARES, 2014). Com isso, reforça a afirmação de que o atendimento às pequenas urgências é uma ação importante para que AB desempenhe de modo adequado suas funções.

Nesse sentido, Soares (2014) relata que num sistema com serviços de diferentes tipos e perfis de atendimento, não é fácil para os usuários identificar qual aquele que mais se adequa a sua demanda, sendo as unidades de pronto-atendimento acessadas por motivos diversos. Carret *et al.* (2009) identificaram em diferentes estudos os principais fatores que levavam ao uso inadequado dos serviços de emergência. Entre estes, destacam-se as barreiras de acesso à atenção primária, o horário de funcionamento das unidades e as dificuldades para agendamentos.

Para superação dessa realidade a AB deve funcionar oferecendo uma atenção especializada para casos de urgência e emergência, criando estratégias que venham potencializar o fluxo de acordo com os níveis de complexidade. Uma unidade de AB que tenha uma equipe com ações planejadas pode ser capaz de oferecer atendimento às ocorrências de urgências e emergências, segundo o nível de complexidade suportado. Entende-se que quando a atenção à saúde do indivíduo deve ser o objetivo principal da assistência pública, o atendimento às urgências e emergências não podem ser função apenas das unidades hospitalares, mas sim compartilhada com os demais setores que compõe o SUS, incluindo a AB (VIEIRA, 2017).

O atendimento das urgências na AB remete à necessidade de um processo de trabalho organizado, compartilhado com uma equipe multiprofissional, cujo foco esteja no usuário e na família; que busque superar a dicotomia entre ações curativas e de prevenção e promoção da saúde (BARROS, 2007). Além disso, o foco excessivo em atividades para grupos de risco e a oferta programada dificultam o atendimento das demandas individuais por assistência clínica. Tais questões indicam comprometimento do acesso e dificuldades no estabelecimento da unidade de atenção básica como porta de entrada ao sistema (SCOREL, 2007).

Estudiosos sugerem que para melhorar a assistência, a criação de um plano de assistência sistematizada, que englobe conhecimentos técnicos e não técnicos de atendimento, efetivo e

resolutivo. Nisso, inclui também a capacitação adequada dos profissionais da AB, que devem ser munidos de conhecimentos que não se restrinjam apenas ao trabalho cotidiano, rotineiro, mas englobe atuações em ocorrências de urgência e emergência de baixa complexidade (OLIVEIRA; TRINDADE, 2010).

Suporte Básico de Vida na Atenção Primária a Saúde

Mendes (2002) afirma que a atenção primária à saúde deve cumprir, nas redes de atenção à saúde, três funções: resolução, coordenação e responsabilização. A função de resolução consiste em solucionar a maioria dos problemas de saúde; a função de coordenação consiste em organizar os fluxos e contrafluxos das pessoas e coisas pelos diversos pontos de atenção à saúde na rede; e a função de responsabilização consiste em se corresponsabilizar pela saúde dos usuários em quaisquer pontos de atenção em que estejam sendo atendidos.

As Unidades de Saúde (UBS) representam parte da rede de atendimento pré-hospitalar fixo. A qualidade do atendimento e o tempo entre o reconhecimento das urgências e a estabilização é essencial para evitar possíveis sequelas e até mesmo a morte. Para isso, este atendimento deverá ser realizado por profissionais qualificados e contar com recursos físicos e materiais adequados (GARCIA, 2012).

Sabe-se que o coração é um órgão vital e de extrema importância para a vida, a sua ineficiência pode acarretar diversos problemas à saúde; dentre eles, se inclui a Parada Cardiorrespiratória (PCR). Quando isso acontece, o coração para e com ele a respiração e o transporte de oxigênio ao cérebro e para os outros órgãos, trazendo prejuízos à vida, podendo evoluir ao óbito se não houver intervenção rápida e adequada nos seus primeiros minutos (SILVA, 2016).

Reconhece-se que a capacitação dos profissionais de saúde da APS para atendimentos em urgência e emergência é muito importante, visto que uma equipe capacitada e com experiência, desempenha melhor suas habilidades e minimizam os erros comuns e esperados para este tipo de atendimento. Além disso, a PCR é uma situação de extrema gravidade, onde cada ação determina um distinto resultado final, exigindo assim profissionais capacitados para realizar o seu manejo e atendimento. Por essa razão, é de fundamental importância que a equipe atuante em situações envolvendo indivíduos em PCR tenha os conhecimentos e as habilidades necessárias para prover o melhor prognóstico da vítima (AHA, 2010).

Apesar de ser regulamentada a responsabilidade da AB para atendimento de urgência e emergência, a PNAB (2012) e o Manual Instrutivo da RUE (2013) não trazem claramente definidos os parâmetros para realização desse tipo de atendimento. Isso significa que não são

apresentados detalhes quanto às condições mínimas necessárias para acolhimento de urgências nessas unidades, tais como: mobiliário, materiais e insumos necessários para compor o ambiente de atendimento, bem com capacitação dos profissionais, juntamente com a educação permanente (GARCIA,2019).

Desse modo, mesmo que as políticas de atendimento à urgência e emergência tenham avançado bastante, inserindo a ESF na rede de assistência, ainda assim as normas que regulam esse tipo de atendimento merecem passar por uma revisão, uma vez que, conforme discutido anteriormente, apresentam várias lacunas no que se refere à execução desse atendimento nas unidades básicas de saúde. Além disso, o papel da AB em relação a esse tipo de ocorrência não está claro para contribuir com a diminuição da superlotação nas unidades hospitalares (LUMER, 2011).

Acresce que os documentos nacionais (leis, resoluções e normas técnicas publicadas) investigados no estudo de Lumer e Rodrigues (2011), segundo os autores, repetem as propostas, não detalham as ações e agravos, assim como não concretizam a definição das responsabilidades das esferas de governo, impossibilitando a construção de protocolos que esclareçam os profissionais quanto à integralidade da assistência no sistema de atendimento, referência e contrarreferência. Isso intervém a tal ponto nas condutas adotadas pelos profissionais que o usuário do serviço pode acabar vítima da própria rede de atenção, preso a um círculo vicioso de encaminhamentos, sem resolutividade do seu agravo.

A simulação clínica enquanto método de ensino e aprendizagem

Para Costa (2018), a simulação clínica é um método de ensino que utiliza tecnologias para replicar cenários que simulam a prática, em ambiente controlado e realista, onde o aprendiz participa ativamente do processo de ensino e aprendizagem com a finalidade de praticar exaustivamente, aprender, refletir e avaliar produtos e processos.

No que se refere ao processo de formação profissional de saúde, a simulação é apontada como uma estratégia pedagógica favorável ao desenvolvimento de uma postura ética assim como a aplicação de seus princípios na prática clínica (MARTINS, 2017).

Assenta-se hoje num conjunto de justificativas que não se pode esquecer: a segurança do paciente, o treino em ambiente simulado permite que se cometam erros e se aprenda com eles sem a consequência dos mesmos numa pessoa real; a não instrumentalização das pessoas, não é ético nem legítimo utilizar uma pessoa para um formando treinar e desenvolver o seu aprendizado sem tê-lo feito primeiro em ambiente simulado sempre que possível; os atuais contextos de saúde, com internamentos curtos, com ambientes cada vez mais complexos e

a exigir profissionais com elevado desenvolvimento e especialização; o desenvolvimento tecnológico constante que exige atualização permanente, flexibilidade e plasticidade dos profissionais (COUTINHO, 2019).

Segundo Martins (2012), para as escolas que se preocupam com a qualidade do ensino, com a satisfação de seus estudantes e que pretendam um elevado desempenho técnico, científico e humano de seus formandos, é necessário o investimento no ensino prático simulado, em contexto laboratorial, de elevada qualidade, com embasamento científico, ético e respaldo legal.

O conhecimento sobre essa ferramenta de ensino e aprendizagem, seus formatos e propósitos contribui para a visualização de diferentes formas de ensinar e aprender no contexto da educação e da formação em saúde. Parte-se do pressuposto que uma formação ofertada com diferentes estratégias e ferramentas de ensino e aprendizagem pode contribuir para melhor atender aos diferentes sistemas representacionais preferenciais e, conseqüentemente, potencializar o contexto formativo (COSTA, 2018).

É válido destacar que a simulação clínica é tão eficaz quanto os métodos tradicionais em ganhos cognitivos, desenvolvimento de habilidades, satisfação e autoconfiança. Dessa forma, pode ser aceito como um método efetivo de ensino laboratorial (STROUP, 2014).

É importante destacar que o uso da simulação possibilita a vivência prévia de estudantes em situações que poderão encontrar nos seus futuros contextos de trabalho, favorecendo o reconhecimento de situações e propiciando-lhes instrumentalização para a tomada de decisão (COSTA, 2018).

A simulação clínica utiliza as tecnologias mais modernas de imagem e de som, assim como simuladores adequados aos objetivos, materiais, equipes e espaços realistas, permitindo que o formando se sinta imerso, envolvido e no centro da ação. O grau de fidelidade de uma simulação clínica está relacionado a esse realismo físico, contextual e emocional que permite aos formandos viverem uma simulação clínica com intensidade (COUTINHO, 2019).

Simulação *in situ*

Denomina-se simulação *in situ* toda atividade baseada em simulação que ocorre no contexto real, isto é, os cenários simulados são construídos no próprio ambiente de trabalho. Ela facilita o acesso dos profissionais à capacitação e potencializa o treinamento de equipes reais de profissionais. Além disso, promove a fidelidade dos cenários à medida que o contexto de aprendizagem se assemelha ao contexto da prática (SORENSEN, 2017; POSNER, 2017). Contribuindo assim com a aprendizagem individual e em equipe, reforçando as habilidades necessárias ao próprio contexto de trabalho (ROSE, 2012; KALANITI, 2014).

Ao invés de realizar esse treinamento no centro de simulação, com equipes que nem sempre atuam juntas, a própria equipe de saúde atua em seu ambiente de trabalho em cenário simulado. Isto permite também avaliar a competência do sistema e condições latentes que podem favorecer o erro – as chamadas ameaças latentes à segurança (PATTERSON, 2012).

Para Costa (2017), a simulação *in situ* quando utilizada como estratégia metodológica e conseqüentemente produção de atividade educativa proposta, identifica uma significativa associação entre participação ativa nos cenários simulados e o escore médio de autoconfiança após simulação *in situ*, corroborando com outras investigações que utilizaram a simulação, as quais reforçam que a participação ativa propicia pensamento crítico e reflexão, conseqüentemente expandindo a confiança.

A simulação *in situ*, é uma forma eficaz de aprimorar habilidades, identificar lacunas de conhecimento, reduzir erros médicos e praticar o trabalho em equipe com o objetivo geral de melhorar o atendimento ao paciente. Embora a simulação não possa substituir a exposição clínica real, ela promove o aprendizado experiencial sem comprometer a segurança do paciente. Esta nova mudança de paradigma de aprendizagem será apreciada e adotada por outras instituições em nosso contexto e irá revolucionar a educação médica em países em desenvolvimento como o nosso com esta nova mudança pedagógica para a aprendizagem baseada em simulação no ambiente de trabalho real (SHRESTHA, 2020).

Alguns estudos demonstram a contribuição da *simulação in situ* para a educação permanente em atendimento à Parada Cardiorrespiratória (PCR). Quando comparada às formações tradicionais, a sua aplicação em formações pode aumentar os níveis de confiança e implicar melhora significativa nas habilidades para ressuscitação cardiopulmonar (RCP). Foram demonstrados resultados com impacto no atendimento aos pacientes, como, por exemplo, redução no tempo de reconhecimento da deterioração clínica (de 4h para 1,5h) e no tempo de transferência para a unidade de terapia intensiva (de 10,5h para 5h) (PISCIOTTANI, 2017).

A simulação *in situ* enquanto ferramenta de capacitação contribui para o desenvolvimento do raciocínio clínico, sendo, portanto, aplicável durante o curso de graduação e, também, relevante para melhoria do desempenho profissional durante o programa de educação permanente (BARRETO, 2014). Nos dias atuais, dada à necessidade do desenvolvimento da autoconfiança do profissional, a simulação *in situ* funciona como excelente recurso ao alcance do cuidado seguro e individualizado (VAN, 2016).

Além do treinamento da equipe, a simulação *in situ* permite a oportunidade de testar erros no sistema ou erros latentes (PATTERSON, 2013). Ao contrário dos encontros clínicos da vida real, os erros podem continuar até suas conseqüências finais sem a necessidade de intervenção, pois não há ameaça à segurança do paciente (COUTO, 2018). O *debriefing* feito após cada exercício permitirá reflexão em tempo real, orientação do corpo docente e uma oportunidade de aprender com seus erros e evitá-los durante o encontro real com o paciente

(SHRESTHA, 2020).

A simulação *in situ* no local de trabalho real, em comparação com um dia em um centro de simulação tradicional, permite o potencial para sessões mais curtas ou treinamento ‘improvisado’ com cenários prontos escritos se, por exemplo, uma clínica ou lista de operação termina antes de esperado. Opiniões pré-concebidas como “não é assim no nosso hospital” ou “eu não teria feito isso na vida real” podem ser contrabalançadas conduzindo o cenário no ambiente de trabalho real, em que a única diferença é que o paciente é substituído por um ator ou manequim. Os cenários podem ser ajustados em torno dos sistemas já existentes e podem ser projetados para testar novos recursos cognitivos ou o layout de novos departamentos (SCHOFIELD, 2017).

De acordo com Kelsey (2016), um cenário típico de simulação *in situ* condiz com um evento baseado em problemas de 10 a 15 minutos que é seguido por um tempo de *debriefing* imediato. Os sintomas do paciente são acelerados para atingir os objetivos em detrimento do realismo. A equipe participante se afasta de suas responsabilidades de atendimento ao paciente e se concentra exclusivamente no paciente simulado. Essa abordagem de simulação é útil, mas não permite que o participante identifique mudanças sutis, mas significativas, ao longo do tempo. Muitos artigos mostraram os benefícios e a utilidade da simulação. No entanto, há uma escassez de literatura a respeito da realização de simulação *in situ*.

Ressalta-se a contribuição da simulação realística como instrumento potencialmente transformador da prática formativa em saúde e atenta-se para a construção de cenários simulados com objetivos que pontuem aspectos éticos, técnicos e sociais necessários a prática profissional mais próxima de uma lógica integral e complexa. A partir destas considerações, é necessário refletir também sobre a prática formativa em saúde a partir de uma perspectiva autônoma, considerando esta necessidade no contexto contemporâneo enquanto necessidade real, reafirmada pela multiplicidade e complexidade dos fenômenos emergentes desta época (COSTA, 2014).

CONCLUSÃO

Referentemente à análise contextual acerca da simulação *in vivo*, conclui-se que se trata de uma proeminente e eficaz metodologia de ensino, suficientemente relevante ao serviço público de saúde, aos estudantes relativos a essa área e aos profissionais. Urge compreender a simulação como instrumento multimodal, adaptável e reproduzível para os fins de educação em saúde.

Certamente, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, principalmente no tocante ao atendimento às urgências e emergências, a simulação *in vivo* pode viabilizar o preenchimento

de lacunas assistenciais, melhorando a qualidade de serviços prestados e solidificando o papel da APS como estrutura pré-hospitalar de atendimento a situações imprevistas.

REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Destaques das diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE. **Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care**. International Consensus on Science Circulation. Texas, 2010.

BARRETO, D.G; *et al.* Realistic simulation as a teaching strategy: an integrative review. **Rev Baiana Enferm**, v. 28, n. 2, p. 208-14, 2014.

BARROS, D.M. **Demanda de Pronto-Atendimento ao Serviço de Emergência de um Hospital Geral em um Município coberto pela Estratégia de Saúde da Família: o caso de Quissamã**. 100f. 2007. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

BAZILIO, J.; *et al.* Simulação in situ como estratégia potencializadora da prática do acolhimento na Atenção Primária a Saúde. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 12, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atendimento Pré-hospitalar Fixo. In: **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 68-83.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde**. Brasília (DF): MS, 2006.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília (DF): Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

CAPOVILLA, N.C. **Ressuscitação cardiorrespiratória: uma análise do processo de ensino/aprendizagem nas universidades públicas estaduais paulistas**. 2002. 205f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2002.

CARRET, M.L.V.; FASSA, A.C.G.; DOMINGUES, M.R. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. **Cad Saúde Pública**, v. 25, n. 1, p. 7-28, 2009.

COSTA, R.R.O.; *et al.* Perception of undergraduate nursing students on realistic simulation. **Rev Cuidarte**, v. 8, n. 3, p. 1799-808, 2017.

COSTA, R.R.O.; *et al.* A Simulação no ensino de enfermagem: uma análise conceitual. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 8, 2018.

COUTINHO, V.R.D.; MARTINS, J.C.A. A simulação na formação de profissionais de saúde. EDITORIAL. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 1, p. 1-9, 2019.

COUTO, T.B.; *et al.* Detecção de ameaças latentes à segurança em um treinamento interprofissional que combina simulação in situ com treinamento de tarefas em um departamento de emergência. **Adv Simul**, v. 1, p. 1-9, 2018.

ESCOREL, S.; *et al.* O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 21, n. 2, p. 164-176, 2007.

FALKENGERG, M.B.; *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014.

GARCIA, A.B.; PAPA, M.A.F.; CARVALHO JÚNIOR, P.M. Estratégia da Saúde da Família: capacidade da equipe para o atendimento de urgência e emergência. **Revista Nursing**, v. 14, n. 167, p. 2016-220, 2012.

GARCIA, J.A.C.L. **Atuação em urgência e emergência na atenção básica: percepção dos enfermeiros**. 2019. 84 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2019.

GARCÍA-SUÁREZ, M.; *et al.* Basic Life Support training methods for health science students: a systematic review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 16, n.5, p. 768-782, 2019.

GOMES, J.A.P.; BRAZ, M.R. Conhecimento de acadêmicos de enfermagem frente à parada cardiorrespiratória. **Cad. UniFOA, Volta Redonda**, v. 7, n. 18, p. 85-91, 2012.

GONZALEZ, M.M.; *et al.* I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq Bras Cardiol.**, São Paulo, v. 101, n. 2, supl. 3, p. 3-221, 2013. Disponível em: . Acesso em: 2 ago. 2014.

GUIMARÃES, H.P. **Projeto de Destaques das Diretrizes da AHA**. Destaques da American Heart Association 2015. Atualização das Diretrizes de RCP e ACE. Dallas: American Heart Association, 2015.

KALANITI, K. In situ simulation: let's work, practice and learn together. **Acta Paediatr**, v. 103, n. 12, p. 1219-20, 2014.

KELSEY, N.C.; CLAUS, S. Embedded, in situ simulation improves ability to rescue. **Clinical Simulation in Nursing**, v. 12, n. 11, p. 522-527, 2016.

LUMER, S.; RODRIGUES, P.H.A. O papel da saúde da família na atenção às urgências. **Revista APS**, v. 14, n. 3, p. 289-295, 2011.

MARTINS, J.C.A. Learning and development in simulated practice environments. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 12, p. 155-162, 2017.

MARTINS, J.C.A.; *et al.* The simulated clinical experience in nursing education: a historical review. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 4, p. 619-625, 2012.

MEIRA JÚNIOR, L.E. Avaliação de treinamento em suporte básico de vida para médicos e enfermeiros da atenção primária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Rio de Janeiro**, v. 11, n. 38, p. 1-10, 2016.

MENDES, E.V. **Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

NEVES, L.M.T.; *et al.* Conhecimento de fisioterapeutas sobre a atuação em suporte básico de vida. **Fisioter Pesq**, v. 17, n. 1, p. 69-74, 2010.

OLIVEIRA, M.; TRINDADE, M.F. Atendimento de urgência e emergência na rede de atenção básica de saúde: análise do papel do enfermeiro e o processo de acolhimento. **Revista Hórus**, v. 5, n. 2, p. 160-171, 2010.

OLIVEIRA, T.A.; *et al.* Percepção de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre o atendimento de urgência e emergência. **Rev Enferm UFPE**, v. 10, p. 1397-406, 2016.

PATTERSON, M.D.; *et al.* In situ simulation: detection of safety threats and teamwork training in a high risk emergency department. **BMJ Quality & Safety**, v. 20, p. 1-5, 2012.

PISCIOTTANI, F.R.D.F.; *et al.* Simulação in situ em ressuscitação cardiopulmonar: implicações para a educação permanente em enfermagem. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 11, n. 7, p. 2810-5, 2017.

POSNER, G.D.; CLARK, M.L.; GRANT, V.J. Simulation in the clinical setting: towards a standard lexicon. **Adv Simul**, v. 2, n. 1, p. 15-17, 2017.

ROSEN, M.A.; *et al.* In Situ Simulation in Continuing Education for the Health Care Professions: A Systematic Review. **J Contin Educ Health Prof**, v. 32, n. 4, p. 243-54, 2012.

SCHOFIELD, L.; WELFARE, E.; MERCER, S. Simulation In-Situ. **Escola de Anestesia do Noroeste de Educação para a Saúde**, v. 20, n. 4, p. 281-288, 2017.

SHRESTHA, R.; *et al.* Módulo baseado em simulação in-situ para treinar estagiários em habilidades de ressuscitação durante a parada cardíaca. **Adv Med Educ Pract**, v. 11, p. 271-285, 2020.

SILVA, R.M.; *et al.* Ressuscitação cardiopulmonar de adultos com parada cardíaca intra-hospitalar utilizando o estilo Utstein. **Revista Brasileira Terapia Intensiva**, v. 28, n. 4, p. 427-435, 2016.

SOARES, S.S.; LIMA, L.D.; CASTRO, A.L.B. O papel da atenção básica no atendimento às urgências: um olhar sobre as políticas. **J Manag Prim Health Care**, v. 5, n. 2, p. 170-177, 2014.

SORENSEN, J.L; *et al.* Design of simulation-based medical education and advantages and disadvantages of in situ simulation versus off-site simulation. **BMC Med Educ**, v. 17, n. 20, p. 1-9, 2017.

STROUP, C. Simulation usage in nursing fundamentals: Integrative literature review. **Clin Simul Nurs**, v. 10, n. 3, p. 155-164, 2014.

VAN, D.J.; SIEDLECKI, S.L.; FITZPATRICK, J.J. Frontline nurse managers' confidence and self-efficacy. **J Nurs Manag**, v. 24, n. 4, p. 533-9, 2016.

VIEIRA, C.R.S.P. **A formação do enfermeiro para às urgências e emergências na Atenção Básica em Saúde**. 2017. 78f. Dissertação (Mestrado em Gestão da Clínica do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2017.

METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM NO CONTEXTO DA PRECEPTORIA EM SAÚDE

Lidiane Carla dos Santos Borges
Fabiana Barbosa Gonçalves
Raphael Raniere de Oliveira Costa

INTRODUÇÃO

Historicamente, o ensino voltado para a formação de profissionais de saúde faz uso de metodologias mais conservadoras ou tradicionais. Nele, o processo de ensino-aprendizagem restringe-se, muitas vezes, à reprodução do conhecimento no qual o docente assume um papel de transmissor de conteúdo, e o discente, de reter e repetir os mesmos, numa atitude passiva e receptora ou reprodutora, sem exercer consciência crítica e reflexiva (MITRE *et al.*, 2008).

Com as constantes mudanças nos contextos social, político e econômico, surge a necessidade de produzir mudanças também na escolarização, reconhecendo e promovendo novas formas de ensinar e aprender mais sintonizadas com as demandas da sociedade (SILVA, 2018). Tal necessidade emerge em busca de transformações e melhorias do processo ensinar-aprender (MORÁN, 2015). Com isso, busca-se uma formação que permita o desenvolvimento de uma postura crítica e reflexiva (COSTA *et al.*, 2015).

No contexto brasileiro, com a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais - DCNs, para os cursos da área da saúde, em 2001, a formação vem sendo repensada a partir de uma visão ampliada do processo saúde-doença, passando a considerar o indivíduo como um sujeito inserido em seu contexto social (LARA *et al.*, 2019). Neste cenário, as Metodologias Ativas (MA) de ensino-aprendizagem têm sido adotadas, a fim de que haja a participação ativa do estudante e que este possa tornar-se protagonista na construção do seu conhecimento (CONCEIÇÃO; MORAES, 2018).

As MA possuem uma concepção de educação crítico-reflexiva, onde há o envolvimento por parte do educando na busca pelo conhecimento (MACEDO *et al.*, 2018). Assim, a aprendizagem envolve a iniciativa do próprio educando, para alcançar dimensões afetivas e intelectuais, e que possam possibilitar o aprendizado mais sólido e duradouro (MITRE *et al.*, 2008).

A literatura aponta para diversas contribuições da utilização dessas metodologias para o ensino na saúde, que inclui a autonomia dos alunos na construção do conhecimento, a estimulação

da curiosidade e senso crítico, permitindo-os a vivência e conexão entre teoria e prática, além de fomentar a formação crítico-reflexiva e a aprendizagem significativa (SOBRAL; CAMPOS, 2012). Evidencia-se também que, a partir da aplicação dessas metodologias na formação, há o favorecimento de uma postura proativa dos discentes. Ademais, é possível evidenciar um melhor desempenho técnico, científico e humano (COSTA *et al.*, 2015).

A partir da necessidade de se estabelecer uma aproximação entre as instituições de ensino e os serviços de saúde, emerge o profissional de saúde no papel de preceptor. Este com o desafio de promover uma educação apoiada numa visão integral, e inserir, em sua prática diária, atividades de supervisão e orientação de estudantes (AUTONOMO *et al.*, 2015). Assumindo, por assim dizer, o compromisso de ensinar, orientar, supervisionar e servir como modelo para o estudante. Sendo sua ação realizada por meio da construção, orientação e facilitando a aquisição de conhecimentos relativos a cada área de atuação e da prática diária do serviço de saúde (BOTTI; REGO, 2008; ROCHA; RIBEIRO, 2012). Para tanto, pode e deve fazer uso de MA.

Ao considerar a importância da temática, este capítulo teve por objetivo realizar um resgate histórico sobre os processos de ensino e aprendizagem no contexto brasileiro e conjecturar com o uso de MA no contexto da preceptoria em saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura a partir do levantamento do referencial teórico o projeto de pesquisa intitulado “Metodologias ativas de ensino-aprendizagem: a percepção dos preceptores da Escola Multicampi de Ciências Médicas do Rio Grande do Norte” desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Educação, Inovação e Trabalho em Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Para o levantamento bibliográfico, foi realizada uma busca, não parametrizada, em diversos bancos e bases de dados. Para tanto, utilizou-se as seguintes palavras-chave: “ensino em saúde”, “metodologias ativas”, “preceptoria” e “preceptoria em saúde”. Foram analisados documentos oficiais, artigos e capítulos de livros. Com o objetivo de organizar o desenvolvimento do texto, este capítulo foi organizado em três categorias, a saber: O ensino em saúde no contexto brasileiro: o passado e o presente; As Metodologias Ativas de ensino e aprendizagem: do que estamos falando? e a preceptoria e o preceptor em saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O ensino em saúde no contexto brasileiro: o passado e o presente

A partir da Reforma Sanitária, aumentou-se a discussão da formação dos profissionais de saúde no Brasil. As práticas ora vigentes nas diversas escolas de formação superior em saúde, onde os projetos pedagógicos e os ambientes de ensino-aprendizagem eram caracterizados pela centralidade biológica da doença, precisou passar por reformulações. As mudanças pedagógicas desafiadoras buscavam formar profissionais para atender às necessidades de saúde da população em coerência com o Sistema Único de Saúde – SUS (MORAES *et al.*, 2019).

Ao considerar que o SUS deveria direcionar a formação de profissionais de saúde, uma nova iniciativa trouxe possibilidades de mudanças: as Diretrizes Curriculares Nacionais - DCNs para os cursos da área da saúde. Lançado em 2001, esse documento propôs novas estratégias de ensino e avaliação da aprendizagem. Além disso, com a necessidade de integrar ensino e serviço, as DCNs possibilitaram reconfigurar o espaço da formação a partir do planejamento e discussão do perfil profissional que se pretende formar para exercer o seu papel na sociedade (MORAES *et al.*, 2019; MOREIRA; DIAS, 2015).

Com a promulgação em 1996 a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB - Lei Nº 9.394) surge um estímulo no cenário da educação superior para definir, entre seus propósitos, a maneira de lidar com os problemas atuais e com a forma de prestar serviço especializado à população, numa relação recíproca (MITRE *et al.*, 2008). Essas prerrogativas foram reafirmadas com a publicação das DCNs para a maioria dos cursos da saúde, onde as instituições formadoras impulsionando nas instituições formadoras a necessidade de mudar suas práticas pedagógicas, buscando se aproximar da realidade social, e motivar docentes e discentes a procurar novas formas de conhecimento (MITRE *et al.*, 2008).

As DCNs, publicadas em 2001, tiveram como objetivo propor uma formação geral e específica dos egressos ou profissionais, com a indicação de competências comuns e gerais dando ênfase à promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Nessa perspectiva, os profissionais deveriam ser capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, dentro dos princípios do SUS (FUNGHETTO *et al.*, 2015).

Adicionalmente, as DCNs dos cursos de saúde preconizam que a formação dos indivíduos deve contemplar o trabalho em equipe, a eficiência, a resolução de problemas de acordo com o sistema de saúde vigente no país, como também, garantir a capacitação com autonomia, de modo que a formação atenda às necessidades sociais de saúde, assegurando a integralidade da atenção, a qualidade e a humanização no atendimento (SILVA; SANTANA, 2014).

Tais mudanças implementadas reforçam a possibilidade do graduando a inserção antecipada nos serviços de saúde, ou seja, no ambiente de prática, onde ele pode conviver com os pacientes no seu cotidiano, conhecer a realidade deles e tendo a oportunidade de associar os conhecimentos aprendidos em sala de aula, com os absorvidos no ambiente de prática. Tal interação é capaz de promover autonomia, reflexão e compreensão sobre a profissão (MEIRELES; FERNANDES; SILVA, 2019).

Com base na ampliação da visão da necessidade de mudanças no processo de ensinar-aprender, percebemos que os currículos das instituições passaram a tentar inserir, no processo formativo, maneiras mais significativas de fazer com que o aluno se aprimorasse de conhecimentos, habilidades e saberes necessários ao seu desempenho ao longo da vida (SILVA, 2018). Nessa perspectiva, as MA de ensino-aprendizagem passaram a ser cada vez mais estudadas e experimentadas das mais diversas maneiras, sejam substituindo completamente o método tradicional pelo ativo no currículo, seja em tentativas pontuais ou práticas, de maneira que o conhecimento pudesse ser produzido com mais significado para o aluno.

As Metodologias Ativas de ensino e aprendizagem: do que estamos falando?

As Metodologias Ativas (MA) de ensino-aprendizagem possuem uma concepção de educação crítico-reflexiva, onde há o envolvimento por parte do educando na busca pelo conhecimento para alcançar dimensões afetivas e intelectuais, que possibilitem o aprendizado mais sólido e duradouro (MACEDO *et al.*, 2018; MITRE *et al.*, 2008). Desse modo, as MA têm sido adotadas, em consonância com as DCN, a fim de que haja a participação ativa do estudante e este possa tornar-se protagonista na construção do seu conhecimento (CONCEIÇÃO; MORAES, 2018).

Os métodos de aprendizagem ativa partem da crítica ao ensino tradicional, e busca trazer estímulo à obtenção de conhecimentos e habilidades aos estudantes mediante a utilização de situações-problema, respeitar a sua cultura e seus conhecimentos prévios, bem como mobilizar uma participação ativa e significativa ao aluno (MESQUITA; MENESES; RAMOS, 2016). Além disso, as MA permitem ao estudante cumprir um papel mais ativo, com maior autonomia no processo de aprendizagem, fortalecendo sua capacidade de resolver problemas, de se envolver no aprendizado, e de se tornarem sujeitos ativos e comprometidos com a sua formação (BOROCHOVICIUS; TORTELLA, 2014).

Tem-se duas grandes estratégias nas quais as MA são classificadas: Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e a Problematização. A Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) possui como característica principal o processo educativo centrado no estudante, de modo que ele adquira, de maneira crescente, a sua autonomia e esteja apto a trabalhar em

grupo de maneira articulada. Alguns dos principais aspectos da ABP são: a aprendizagem significativa, a indissociabilidade entre teoria e prática, o respeito à autonomia do estudante, o trabalho em pequenos grupos, a educação permanente, e a avaliação contínua e formativa (MITRE *et al.*, 2008).

Assim, a ABP faz uso de problemas reais ou elaborados pelos docentes, com o intuito de estimular o desempenho conceitual, procedimental e atitudinal do aluno. Por ser uma metodologia ativa, incita o aluno a “aprender a aprender”, a usar o conhecimento adquirido e a desenvolver suas próprias habilidades (BOROCHOVICIUS; TORTELLA, 2014).

Outro aspecto interessante, é que a ABP é uma metodologia que atende não somente às necessidades dos discentes, mas também dos docentes e da sociedade como um todo, pois possui objetivos educacionais mais amplos, e busca a estruturação do conhecimento em torno de problemas e integrado ao desenvolvimento de habilidades individuais e do trabalho em equipe (BOROCHOVICIUS; TORTELLA, 2014). A ABP é também uma proposta de reestruturação curricular, com o objetivo de integrar as disciplinas (BOROCHOVICIUS; TORTELLA, 2014; CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004).

Já problematização, enquanto estratégia de ensino-aprendizagem, objetiva motivar o discente à busca de informações, produção de conhecimento e solução das dificuldades, além de ampliar possibilidades para o seu próprio desenvolvimento e autonomia na tomada de decisões. Essa é uma estratégia que possibilita a análise e discussão de conflitos e problemas, com um caráter dinâmico onde o aluno pode aprofundar e ampliar os conhecimentos e significados participando do processo. O Método do Arco de Charles Maguerez representa a utilização da referida metodologia, sendo seus passos: observação da realidade, pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação da realidade (MITRE *et al.*, 2008).

Assim, a compreensão de que as metodologias ativas contribuem para transformar as práticas no processo de ensino e aprendizagem, e geram mais possibilidades de um ensino para a formação de profissionais de saúde mais críticos, reflexivos e transformadores da realidade social na qual estão inseridos, depende da discussão e da vivência a que essas estratégias de atuação possibilitam.

A preceptoria e o preceptor em saúde

A preceptoria em saúde configura-se em uma atividade de ensino-aprendizagem com o objetivo de preparação para a prática profissional. Nesta, o estudante passa a ser inserido no serviço de saúde, e desse modo apresentado à realidade profissional junto com a equipe e comunidade. Além disso, tem o intuito de auxiliar no desenvolvimento clínico e ético desse

estudante, já que este se encontra em um ambiente com a possibilidade de execução de suas competências e habilidades adquiridas na instituição de ensino (GIROTTO, 2016).

Desse modo, a preceptoría surgiu para atender à nova necessidade de formação de profissionais de saúde baseada nos princípios do SUS e fundamentado nas DCNs para os cursos da área da saúde. Essa formação assinala uma organização dos serviços e uma consequente capacitação dos profissionais destes para atuarem com competência técnica adequada, mas também com habilidades pedagógicas para mediar a teoria e a prática, e assim contribuir com a formação desses futuros profissionais de saúde (RIBEIRO *et al.*, 2020).

A partir da necessidade de se estabelecer uma aproximação entre as instituições de ensino e os serviços de saúde, se torna imperativo um agente protagonista no processo formativo: o profissional de saúde no papel de preceptor (AUTONOMO *et al.*, 2015; RIBEIRO *et al.*, 2020). O preceptor em saúde é o profissional que atua dentro do ambiente de assistência nos serviços de saúde, convertendo-o também em ambiente de ensino para a prática profissional, atuando na orientação e supervisão de atividades práticas dos discentes. Dessa forma, assume o compromisso de ensinar, orientar, supervisionar e servir como modelo para o estudante (BOTTI; REGO, 2008; DIAS *et al.*, 2015; ROCHA; RIBEIRO, 2012).

A relação entre preceptor e estudante é algo importante e que deve ser valorizado para o bom desenvolvimento de um trabalho coletivo. Entender, aceitar e valorizar que o estudante traz consigo uma carga de conhecimentos teóricos e é um ser humano, que tem sentimentos e atitudes, é um grande estímulo na construção dessa relação. Construir um relacionamento horizontalizado, sem a intenção de inferiorizar o estudante, fugindo da educação bancária onde o preceptor é o dono da verdade absoluta, mas buscando uma responsabilização conjunta no processo de ensino-aprendizagem em serviço, são algumas atitudes a serem tomadas para facilitar a aprendizagem intelectual e afetiva (BARRETO *et al.*, 2011).

Apesar de parte desses preceptores, em grande maioria, não terem experienciado uma formação para atuar nesta função, e, portanto, não se reconhecerem como educadores, é importante compreender que o cenário de aprendizagem não se limita ao ambiente acadêmico, pois contempla também os serviços de saúde, e por serem estes ao mesmo tempo, espaços para a construção do conhecimento em saúde, bem como para o desenvolvimento de competências e habilidades do aprendiz, é importante que os preceptores conheçam e façam uso de metodologias ativas (MISSAKA; RIBEIRO, 2011).

O preceptor pode utilizar diversas metodologias ativas para melhor desempenhar seu trabalho nos cenários de prática, dentre elas: seminários, discussões/estudo de casos, problematização, aprendizagem baseada em problemas, oficinas, jogos, reflexão sobre a prática e estímulo à auto avaliação (FERREIRA; DANTAS; VALENTE, 2018).

CONCLUSÃO

O ensino em saúde vem sofrendo transformações ao longo dos anos. Nessa perspectiva, as abordagens mais tradicionais estão cada vez mais em desuso. Com esse processo de transformações, o uso de metodologias ativas vem sendo encorajado e cada vez mais presente nos contextos formativos das profissões da saúde.

Por suas características e desfechos, muito embora ainda em caráter recente e experimental, essas metodologias também têm sido utilizadas pelos preceptores, durante as atividades de preceptoria em saúde para o desenvolvimento de competências e habilidades. Nesse universo de possibilidades, cabe ao preceptor experimentar e identificar que metodologias ativas são mais adequadas aos objetivos de aprendizagem estabelecidos e aos cenários de práticas.

REFERÊNCIAS

AUTONOMO, F.R.O.M.; *et al.* A Preceptoria na Formação Médica e Multiprofissional com Ênfase na Atenção Primária-Análise das Publicações Brasileiras. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 2, p. 316–327, 2015.

BARRETO, V.H.L.; *et al.* Papel do preceptor da atenção primária em saúde na formação da graduação e pós-graduação da Universidade Federal de Pernambuco: um termo de referência. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 4, p. 578–583, 2011.

BOROCHOVICIUS, E.; TORTELLA, J.C.B. Aprendizagem Baseada em Problemas: Um método de ensino-aprendizagem e suas práticas educativas. **Ensaio**, v. 22, n. 83, p. 263–294, 2014.

BOTTI, S.H.O.; REGO, S. Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: Quais são seus papéis? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 3, p. 363–373, 2008.

CONCEIÇÃO, C.V.; MORAES, M.A.A. Aprendizagem Cooperativa e a Formação do Médico Inserido em Metodologias Ativas: um Olhar de Estudantes e Docentes. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 4, p. 115–122, 2018.

CONCEIÇÃO, C.V.; MORAES, M.A.A. Aprendizagem Cooperativa e a Formação do Médico Inserido em Metodologias Ativas: um Olhar de Estudantes e Docentes. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 4, p. 115-122, 2018.

COSTA, R.R.O.; *et al.* O uso da simulação no contexto da educação e formação em saúde e enfermagem: uma reflexão acadêmica. Espaço para a Saúde. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 16, n. 1, p. 59, 2015.

CYRINO, E.G.; TORALLES-PEREIRA, M.L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cadernos de saúde pública**, v. 20, n. 3, p. 780–788, 2004.

DIAS, A.R.N.; *et al.* Preceptoria em saúde: percepções e conhecimento dos preceptores de uma unidade de ensino e assistência. **Revista Educação Online**, n. 19, p. 83–99, 2015.

FERREIRA, F.C.; DANTAS, F.C.; VALENTE, G.S.C. Saberes e competências do enfermeiro para preceptoria em unidade básica de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. suppl 4, p. 1657–1565, 2018.

FUNGHETTO, S.S.; *et al.* Perfil Profissional tendo o SUS como base das Diretrizes Curriculares da Área da Saúde no Processo Avaliativo. **Saúde em Redes**, v. 1, n. 3, p. 103–120, 2015.

GIROTTO, L.C. **Preceptores do Sistema Único de Saúde: como percebem seu papel em processos educacionais na saúde.** 90f. 2016. Dissertação - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

LARA, E.M.O.; *et al.* O professor nas metodologias ativas e as nuances entre ensinar e aprender: desafios e possibilidades. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. 1–15, 2019.

MACEDO, K.D.S.; *et al.* Metodologias ativas de aprendizagem: caminhos possíveis para inovação no ensino em saúde. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 3, p. 1–9, 2018.

MEIRELES, M.A.C.; FERNANDES, C.C.P.; SILVA, L.S.E. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Formação Médica: Expectativas dos Discentes do Primeiro Ano do Curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 2, p. 67–78, 2019.

MESQUITA, S.K.C.; MENESES, R.M.V.; RAMOS, D.K.R. Metodologias Ativas de Ensino/Aprendizagem: Dificuldades de Docentes de um Curso de Enfermagem. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, n. 2, p. 473–486, 2016.

MISSAKA, H.; RIBEIRO, V.M.B. A preceptoria na formação médica: o que dizem os trabalhos nos congressos Brasileiros de educação médica 2007-2009. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 3, p. 303–310, 2011.

MITRE, S.M.; *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 2, p. 2133–2144, 2008.

MORAES, B.A.; *et al.* Avaliação do Impacto dos Programas de Reorientação Profissional em Cursos da Área da Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 2, p. 122–129, 2019.

MORÁN, J. Mudando a educação com metodologias ativas. Coleção Mídias Contemporâneas. **Convergências Midiáticas, Educação e Cidadania: aproximações jovens**, v. 2, p. 15–33, 2015.

MOREIRA, C.O.F.; DIAS, M.S.D.A. Diretrizes Curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação. **ABCS Health Sciences**, v. 40, n. 3, p. 300–305, 2015.

RIBEIRO, P.K.C.; *et al.* Os profissionais de saúde e a prática de preceptoria na atenção básica: assistência, formação e transformações possíveis. **Journal of Management & Primary Health Care**, v. 12, p. 1–18, 2020.

ROCHA, H.C.; RIBEIRO, V.B. Curso de formação pedagógica para preceptores do internato médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 3, p. 343–350, 2012.

SILVA, R.R.D. Estetização Pedagógica, Aprendizagens Ativas e Práticas Curriculares no Brasil. **Educação & Realidade**, v. 43, n. 2, p. 551–568, 2018.

SILVA, V.O.; SANTANA, P.M.M.A. Conteúdos curriculares e o Sistema Único de Saúde (SUS): categorias analíticas, lacunas e desafios. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 52, p. 121–132, 2014.

SOBRAL, F.R.; CAMPOS, C.J.G. Utilização de metodologia ativa no ensino e assistência de enfermagem na produção nacional: revisão integrativa. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 1, p. 208–218, 2012.

INSTRUMENTOS PARA O ENSINO E AVALIAÇÃO EM SIMULAÇÃO CLÍNICA NO ENSINO EM SAÚDE: *SCOPING REVIEW*

Kailton Veloso Silva
Marília Souto de Araújo
Raphael Raniere de Oliveira Costa

INTRODUÇÃO

A simulação clínica é um método de ensino que permite que as pessoas experimentem representação de um evento real com o propósito de praticar, aprender, avaliar ou entender estas situações (COSTA *et al.*, 2015). Emergida desde a Segunda Guerra Mundial com a necessidade de ter pilotos treinados para apresentar elevados níveis de proficiência em circunstâncias complexas, esse método logo passou a figurar também no campo da saúde como estratégia na formação de profissionais de todas as categorias, pois, o treino em ambiente simulado permite que se cometam erros e se aprenda com eles sem a consequência dos mesmos numa pessoa real (COUTINHO; MARTINS, 2015).

A simulação no ensino em saúde vem ganhando força em todo o mundo, pois perpassa a ideia de uma formação mais íntegra e que atenda às necessidades do mercado de trabalho atual, cada vez mais exigente. A amplitude de sua difusão como prática educativa inovadora é notória, uma vez que a literatura aponta seu uso na graduação, pós-graduação e na educação permanente e continuada (JORGE; ALMEIDA; SOUZA, 2014).

No Brasil, além do ensino superior, seu uso também se dá em nível médio, na formação de técnicos de enfermagem (SANINO, 2012). É válido ressaltar que o método de simulação requer um propósito e planejamento sistemático, porém, flexível e cíclico, além de possuir diferentes níveis de complexidade, a saber: baixa, média e alta complexidade e pode utilizar diferentes materiais e técnicas (COSTA *et al.*, 2019a).

Há evidências que a simulação gera diversas competências e habilidades imprescindíveis ao profissional de saúde (COSTA *et al.*, 2018a; COSTA *et al.*, 2018b). Estudos demonstram ganhos ao nível da autoconfiança. A satisfação dos estudantes é igualmente referenciada como variável com nítidos resultados positivos. Isso tudo faz com que a motivação seja potencializada sendo possível assim obter resultados de aprendizagem (MARTINS, 2017).

Ademais, o uso da simulação fez parte de vários estudos recentes com foco nas questões de liderança, comunicação, trabalho em equipe, organização, autenticidade, autocontrole

e juízo moral, tendo resultados positivos em relação à melhoria das competências nestas áreas (LISHCHINSKY, 2014; COSTA *et al.*, 2020). Estudo de intervenção evidenciou que a simulação promoveu a identificação de erros em uma situação clínica bem comum, o Infarto Agudo do Miocárdio, onde foi constatada uma melhor avaliação técnica, comportamental e operacional dos participantes (KANEKO *et al.*, 2015). Costa *et al.* (2019b) em sua análise sobre práticas educativas em imunização de adultos compôs dois grupos: grupo controle e experimental, onde constatou que o grupo experimental apresentou médias superiores em sete dos oito domínios das subescalas que avaliavam a satisfação e autoconfiança dos estudantes. A comunicação verbal e não verbal também foi positivamente mencionada em estudo intitulado a Construção e validação de cenários simulados com presença de odores, onde foi possível observar a autorreflexão e a incorporação de novos conceitos sobre o assunto (MESKA *et al.*, 2018). Em mais um estudo sobre simulação, Fisher e Walker (2014) observaram que alunos participantes da cena simulada obtiveram melhor desempenho técnico nas práticas com medicina geriátrica.

Apesar de já haver vários estudos que comprovam a eficácia da simulação, o uso desta ainda é incipiente, sobretudo no ensino de tópicos de atenção primária em saúde (HERRON; NEMETH; POWERS, 2017). No contexto da residência multiprofissional em atenção básica, em algumas realidades brasileiras, a constatação supracitada se confirma com uma notória preferência na adoção de metodologias tradicionais. Acrescenta-se que no campo da atenção básica, com a necessidade do trabalho interprofissional, a formação aprimorada por simulação permite que participantes de diferentes profissões se envolvam em uma experiência baseada em simulação para alcançar os objetivos e resultados vinculados (INACSL, 2016).

Ao considerar sua vasta utilização no contexto da formação em saúde, os esforços e pesquisas que vêm sendo desenvolvidas nos últimos 20 anos, bem como os diversos instrumentos validados e disponíveis na literatura, é imprescindível que as instituições formadoras conheçam e façam uso destes, enquanto guias de orientação para sua implementação e uso na formação do profissional residente.

Nesse sentido, este estudo teve a seguinte questão norteadora: quais são os instrumentos validados para ensino e avaliação em simulação clínica no contexto do ensino em saúde? Assim, o objetivo desta revisão de escopo foi identificar os instrumentos para ensino e avaliação em simulação clínica no ensino em saúde, bem como detectar eventuais lacunas de trabalhos nessa área.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de *Scoping Review*, conforme o método de revisão proposto pelo Instituto Joanna Briggs (JBI) (PETERS *et al.*, 2015). Este método permite mapear os principais

conceitos, clarificar áreas de pesquisa e identificar lacunas do conhecimento (AROMATARIS; MUNN, 2020).

A finalidade desta *Scoping Review* foi responder a seguinte pergunta: quais são os instrumentos disponíveis na literatura nacional e internacional para o ensino e avaliação em simulação clínica no ensino em saúde? Para construção da pergunta de pesquisa, utilizou-se a estratégia *Population, Concept e Context* (PCC) para uma *scoping review* (AROMATARIS; MUNN, 2020). Foram definidos: P - Simulação Clínica; C - Instrumentos de ensino e avaliação em simulação; C - Ensino em saúde.

Para a busca nas bases de dados, foram utilizados os seguintes descritores: 1. *Clinical Simulation*; 2. *Validation Study*, indexados no *Medical Subject Headings (MeSH)*. Após a determinação dos descritores foi empregado o operador booleano *AND* com objetivo de construir uma estratégia de busca abrangente para a referida temática, a saber: “*Clinical Simulation*” *AND* “*Validation Study*”.

As buscas foram realizadas no período de outubro a dezembro de 2021 nas seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Latin American and Caribbean Center on Health Sciences Information (Lilacs), PubMed, Education Resources Information Center (Eric), Web of Science, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE e Scopus Preview. O acesso ocorreu por meio do portal de Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), com o uso da plataforma CAFe (Comunidade Acadêmica Federada. Os estudos selecionados que responderam à questão norteadora desta revisão foram lidos na íntegra e suas referências foram analisadas em busca de estudos adicionais.

Dos estudos encontrados, foram incluídos estudos nos idiomas inglês, espanhol e português publicados até dezembro de 2021, que atenderam aos seguintes critérios: (I) instrumentos para o ensino e ou avaliação em simulação clínica; (II) estudantes e profissionais da área da saúde. Foram excluídos estudos não disponíveis na íntegra; artigos não disponíveis gratuitamente, cuja solicitação do arquivo não foi respondida pelo autor; estudos que fogem da área da saúde; publicações em anais de eventos; bem como trabalhos cujo objeto de estudo foi validar cenários para simulação clínica.

Estudos em duplicata foram excluídos. A triagem de títulos, resumos, texto completo e extração de dados foi realizada por dois avaliadores de forma independente e as divergências foram resolvidas por um terceiro revisor. Foram extraídos: autores, ano de publicação, denominação do instrumento, país de origem, população/amostra, metodologia/tipo de estudo, resultados e detalhes, achados relacionados com a questão da revisão.

Foram identificadas 2.544 publicações científicas nas bases de dados, sendo que destas, 17 foram selecionadas por preencherem os critérios de inclusão estabelecidos. Após essa etapa,

foi realizada uma análise descritiva dos dados bem como a caracterização e apresentação dos resultados em um quadro.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra é composta por trabalhos que consistiram em validar instrumentos desenvolvidos em sete países diferentes, com destaque para Estados Unidos e Brasil, seis e cinco artigos, respectivamente. Quanto à área de conhecimento, a maioria dos estudos teve o campo da medicina como foco para desenvolvimento do instrumento (58,8%), seguida pela enfermagem (29,4%). Já o estudo de Calhoun *et al.* (2011) para o desenvolvimento de um instrumento multiavaliador para a avaliação de crises pediátricas simuladas envolveu residentes de medicina, enfermeiros e farmacêuticos.

O quadro 1 apresenta a caracterização dos estudos pertencentes à amostra final, considerando autores, ano de publicação, denominação do instrumento, país de origem, população/amostra, metodologia/tipo de estudo, resultados e detalhes, achados relacionados com a questão da revisão.

Quadro 1 - Caracterização dos artigos que compõem a amostra do estudo.

Autores [Ano]	Instrumento [País de origem]	População [Amostra]	Tipo de estudo	Resultados
Cancino <i>et al.</i> (2020)	Roteiro de avaliação de administração segura de medicamentos [Chile]	Enfermeiros [13]	Estudo de validação	O roteiro se encontra em condições de ser testado na avaliação da administração segura de medicamentos em estudantes de enfermagem, principalmente em ambiente de simulação.
Morris <i>et al.</i> (2017)	Rumo ao desenvolvimento e validação de uma ferramenta de avaliação intraoperatória para treinamento de prostatectomia radical assistida por robô: resultados de um estudo Delphi [Canadá]	Médicos [13]	Estudo de desenvolvimento e validação	O estudo resultou em um inventário abrangente de etapas da Prostatectomia Radical Assistida por Robô (RARP), com excelente consenso. Este inventário final será usado para desenvolver uma ferramenta de avaliação intraoperatória válida e psicometricamente sólida para uso durante o treinamento e avaliação de RARP.

Nascimento <i>et al.</i> (2021)	Simulação clínica: construção e validação de roteiro para o Suporte Básico de Vida no adulto [Brasil]	Enfermeiros [16]	Estudo metodológico	Desenvolveu-se um roteiro que aborda título, tempo de execução, definição e objetivos da pré-simulação e pré-briefing/briefing, público-alvo, objetivos de aprendizagem, recursos materiais, procedimento e referências, considerado válido em seu conteúdo para planejar e executar a primeira etapa da simulação clínica do Suporte Básico de Vida no adulto.
Nascimento <i>et al.</i> (2021)	Desenvolvimento e validação de um roteiro de co-debriefing para o suporte básico de vida simulado [Brasil]	Enfermeiros [16]	Estudo metodológico	Considerou-se o roteiro válido para planejar e executar o co-debriefing na simulação do suporte básico de vida, contribuindo para a enfermagem por sustentar o co-debriefing e potencializar o desenvolvimento de competência clínica.
Campos <i>et al.</i> (2020)	Desenvolvimento e validação de uma lista de verificação específica de tarefa para um modelo de simulação de varicocelectomia microcirúrgica [Brasil]	Médicos [14]	Estudo de validação	Este estudo preliminar sugere que a lista de verificação de tarefas específicas de varicocelectomia microcirúrgica é confiável e válida na avaliação de habilidades microcirúrgicas.
Hall <i>et al.</i> (2015)	Desenvolvimento e validação de uma ferramenta de avaliação para ressuscitação em estações de exame clínico. Objetivo estruturado em medicina de emergência [Canadá]	Residentes de medicina [24]	Estudo de desenvolvimento e validação	O Queen's Simulation Assessment Tool tem confiabilidade entre avaliadores de moderada a muito forte e excelentes capacidades discriminatórias.
Nayahangan <i>et al.</i> (2020)	Garantindo Competência em Reparo Aberto de Aneurisma da Aorta - Desenvolvimento e Validação de uma Nova Ferramenta de Avaliação [Dinamarca]	Médicos e estudantes de medicina [25]	Estudo de desenvolvimento e validação	A evidência de validade foi estabelecida para a ferramenta de Avaliação de Experiência Técnica de Reparo de Aneurisma de Aorta recentemente desenvolvida e foi capaz de diferenciar entre cirurgiões novatos e experientes, fornecendo um bom argumento de que esta ferramenta pode ser usada para avaliação em um ambiente baseado em simulação.

Moura <i>et al.</i> (2020)	Um novo instrumento de medição para competência de avaliação de risco de lesão por pressão: procedimentos teóricos, simulação e qualidade psicométrica [Brasil]	Estudantes de enfermagem [155]	Estudo metodológico	O instrumento foi considerado uma ferramenta educacional válida, precisa e confiável para a competência de avaliação de risco de lesão por pressão. Além disso, os achados foram promissores na aplicação do instrumento de avaliação do ensino/aprendizagem na formação do enfermeiro.
Lino <i>et al.</i> (2019)	Validação da lista de verificação para avaliação do treinamento com simulação clínica de atendimento ao paciente séptico [Brasil]	Enfermeiros [07]	Estudo de validação	O checklist atingiu alto grau de validade e confiabilidade, por apresentar objetividade, simplicidade, clareza, pertinência e variedade. Ademais, o conteúdo avaliado pelos peritos proporcionou Índice de Validade de Conteúdo (IVC) ideal ao seu constructo, podendo ser utilizado de forma segura para avaliação na capacitação de profissionais da saúde no atendimento ao paciente séptico.
Greenawald <i>et al.</i> (2017)	Validade de construção de uma nova ferramenta de avaliação objetiva para os fundamentos do treinamento de laparotomia aberta usando um modelo simulado [EUA]	Estudantes de medicina [106]	Estudo de validação	Foi demonstrada a validade do constructo de uma ferramenta de avaliação para laparotomia simulada. A implementação preliminar do currículo Básico do Treinamento de Laparotomia Aberta nos programas de cirurgia geral mostra-se promissora para o ensino e avaliação de habilidades.
Judd <i>et al.</i> (2016)	A validade de uma ferramenta de competência profissional para estudantes de fisioterapia no ensino clínico baseado em simulação: uma análise de Rasch [Austrália]	Estudantes de fisioterapia [444]	Estudo de validação	A Avaliação da Prática Fisioterapêutica foi uma ferramenta de avaliação válida quando usado em formatos de simulação longitudinal.
Trickey <i>et al.</i> (2016)	Avaliação das habilidades de comunicação interpessoal dos residentes de cirurgia: evidências de validação para a ferramenta de avaliação da comunicação em um ambiente de simulação [EUA]	Residentes de medicina [21]	Estudo de validação	A Ferramenta demonstra validade de conteúdo em um ambiente de simulação com ex-pacientes atuando como Participantes Padronizados. Este estudo fornece evidências de validação relativa às observações discretas de comunicação comportamentais por um observador treinado confiável.

Davoudi; Osann; Colt. (2008)	Validação de dois instrumentos para avaliar a habilidade broncoscópica técnica usando simulação de realidade virtual [EUA]	Médicos e estudantes de medicina [22]	Estudo de validação	O estudo demonstrou alta confiabilidade e validade concorrente. Esses instrumentos agora podem ser usados para avaliar a eficácia de novos currículos de broncoscopia baseados em competências.
Calhoun <i>et al.</i> (2011)	Um instrumento multiavaliador para a avaliação de crises pediátricas simuladas [EUA]	Residentes de medicina, enfermeiros e farmacêuticos [224]	Estudo de desenvolvimento	A Ferramenta de avaliação do Desempenho da Equipe durante a Simulação de Crises (TPDSCI) possui boas medidas de consistência interna e confiabilidade entre avaliadores com relação ao conhecimento médico, habilidades clínicas, habilidades de comunicação, prática baseada em sistemas e competência geral no contexto de crises médicas pediátricas interdisciplinares simuladas.
Oriot <i>et al.</i> (2012)	Validação de uma escala de avaliação de desempenho para acesso intra-ósseo simulado [França]	Médicos [31]	Estudo de validação	A escala de procedimento Intra Ósseo (IO) é uma ferramenta de avaliação confiável para medir o desempenho dos operadores que reflete a avaliação de todo o processo de inserção IO e não apenas a taxa de sucesso para a inserção da agulha na tíbia proximal.
Levy <i>et al.</i> (2014)	Validação externa de instrumentos de pontuação para avaliação da ressuscitação pediátrica [EUA]	Residentes de medicina [24]	Estudo de validação	Os residentes de pediatria melhoraram as pontuações na Ferramenta de Desempenho Clínico (CPT) após a conclusão de um curso de Suporte Avançado de Vida Pediátrico (PALS).
Erdogan <i>et al.</i> (2016)	Desenvolvimento e validação de avaliação de desempenho clínico em simulações de emergências médicas: um estudo observacional [EUA]	Médicos, residentes e estudantes de medicina [18]	Estudo de desenvolvimento e validação	Uma ferramenta de avaliação de vídeo padronizada tem potencial para fornecer um método válido e confiável para avaliar 12 desempenhos de médicos que enfrentam emergências médicas simuladas.

Apesar da crescente que a utilização da simulação clínica vem sofrendo nos últimos anos na área da saúde, ao considerar seus inúmeros pontos positivos, os resultados deste trabalho ainda trazem evidências de dificuldades na implementação e disseminação do método, quando são encontrados apenas sete países que fazem uso de instrumentos de ensino e/ou avaliação com o uso da simulação (OLIVEIRA *et al.*, 2017). Isso pode ter relação com questões relacionadas à infraestrutura e tecnologias não suficientes para atender as demandas do ensino.

A operacionalização da simulação clínica também é um desafio para as instituições, devido aos recursos físicos e humanos necessários, associados geralmente ao grande número de estudantes em cada turma. Outra possível causa para a questão é a dificuldade para alguns docentes em utilizar metodologias inovadoras, devido à sua abordagem de ensino baseada em metodologias tradicionais (QUILICI *et al.*, 2015).

O fato dos estudos que se enquadraram nessa revisão terem suas amostras concentradas nas categorias de profissionais da medicina ou da enfermagem, sejam estudantes, residentes, profissionais ou ambos, compondo a mesma amostra foi um ponto que também mereceu destaque. Apenas Calhoun *et al.* (2011) e Judd *et al.* (2016) trabalharam com formações diferentes das supracitadas. Calhoun *et al.* (2011) que além de residentes de medicina e enfermeiros, também utilizou farmacêuticos no desenvolvimento do seu instrumento para avaliação de crises pediátricas simuladas. Já Judd *et al.* (2016) trabalhou com a categoria de profissionais da fisioterapia. Estes últimos tiveram a colaboração de estudantes de fisioterapia para validar uma ferramenta de competência profissional no ensino clínico baseado em simulação. Como resultados, os autores julgaram a ferramenta como válida para avaliação quando usada em simulação com períodos estendidos, porém, em cenários simulados resumidos, o instrumento ainda teria que ser melhorado.

A literatura é contrária aos achados acima e alerta que a simulação como método de ensino que vem ganhando espaço em todo o mundo, precisa se disseminar e perpassar na formação de todas as categorias profissionais, pois, o avanço e a evolução homogênea do processo de ensino/aprendizado de metodologias atuais são de suma importância para todas as formações da saúde, tendo em vista que estes profissionais trabalham de forma conectada e caso haja uma assincronia nesse processo de atualização frequente que vem acontecendo na contemporaneidade, acarretaria em dificuldades na prestação dos serviços que envolvessem múltiplas profissões (PEREIRA *et al.*, 2021).

Outro achado a ser destacado neste trabalho está relacionado ao número reduzido de instrumentos que avaliam habilidades de comunicação na área da saúde, pois, apenas o estudo de Trickey *et al.* (2016) avaliou as habilidades de comunicação interpessoal de residentes de medicina por meio de uma ferramenta denominada CAT. Muitas barreiras dificultam a comunicação, gerando significados relevantes tanto para o trabalhador da saúde como para o usuário. Essas dificuldades decorrem de linguagens e saberes diferentes, nem sempre compartilhados entre os interlocutores, limitações orgânicas do receptor ou do emissor. Acrescidos a esses fatores, diferenças de ordem sociocultural e o estágio de desenvolvimento cognitivo e intelectual dos diversos atores sociais influenciam a comunicação (CORIOLANO-MARINUS *et al.*, 2014). Desta forma é imprescindível que a comunicação seja foco de mais estudos na área da saúde e conseqüentemente em trabalhos que envolvem simulação clínica.

Por outro lado, foram encontrados cinco trabalhos em que o tema está diretamente ligado à simulação clínica utilizada no contexto de situações que envolvem urgência e emergência. Nascimento *et al.* (2021) e Nascimento *et al.* (2021) desenvolveram trabalhos bem semelhantes sobre a construção de roteiros para o suporte básico de vida simulado onde ao final do estudo ambos foram considerados válidos em seus conteúdos para planejar e executar a primeira etapa do suporte básico de vida no adulto. Maigret *et al.* (2021) ressalta que a simulação é uma das estratégias de ensino mais importantes na capacitação dos profissionais da saúde em parada cardiorrespiratória, atualizando, aprimorando e reduzindo a distância existente entre o que se ensina na teoria e sua prática.

Levy *et al.* (2014) e Hall *et al.* (2015) que também trabalharam a simulação direcionada para urgência e emergência tiveram seus trabalhos voltados para um campo mais objetivo, a ressuscitação. Ambos desenvolveram ferramentas para avaliar o processo de ressuscitação cardiopulmonar. A diferença é que Levy *et al.* (2014) teve seu trabalho focado na pediatria. É importante salientar que os dois trabalhos foram realizados com estudantes de medicina e que Levy *et al.* (2014) traz em seu estudo que o ganho de aprendizagem usando o método simulado ainda não foi o esperado. Em contraposição vem o estudo de Hall *et al.* (2015) em que foi constatado que sua ferramenta de avaliação tem confiabilidade entre avaliadores de moderada a muito forte e excelentes capacidades discriminatórias.

Foi observado também um vasto uso dos instrumentos/escalas de avaliação em simulação em procedimentos médicos-cirúrgicos como é o caso de Morris *et al.* (2017) que desenvolveu e validou uma escala de avaliação intraoperatória para treinamento em cirurgia de retirada de próstata. Seguindo o mesmo raciocínio, Campos *et al.* (2020) desenvolveu e validou uma lista de verificação específica para simulação de varicocelectomia microcirúrgica, onde constataram que a lista é confiável e válida na avaliação das habilidades dos participantes do estudo.

Corroborando os estudos supracitados, Nayahangan *et al.* (2020) desenvolveu e validou uma ferramenta com objetivo de garantir êxito no reparo de aneurisma da aorta do qual obteve significativo resultado com a possibilidade em diferenciar cirurgias novatas e experientes. Pedrada *et al.* (2021) considera que protocolos devem ser criados e implementados para pacientes que necessitam de cirurgia, abordando a preparação pré-operatória, o gerenciamento intraoperatório e a vigilância pós-operatória, com vistas a evitar complicações e garantir a segurança dos pacientes e da equipe de saúde e que tudo isso pode ser produzido a partir de práticas simuladas.

A amostra também contou com instrumentos mais simples do ponto de vista tecnológico, porém, de grande eficácia e contribuição para processos de ensino e avaliação em simulação. Cancino *et al.* (2020) validou um roteiro para avaliar a administração segura de medicamentos. Apesar de parecer simples, o trabalho é essencial, pois em 2017, o desafio Global de Segurança do Paciente deu ênfase ao tema “Medicação sem danos”, tendo como meta a redução em 50%,

dos danos graves e evitáveis relacionados aos medicamentos nos próximos cinco anos (WHO, 2018). Nesse sentido, é que ocorre a convergência dos propósitos da educação permanente com a técnica da simulação clínica em saúde, propiciando espaços educativos que se integram e/ou reproduzem os ambientes de trabalho, possibilitando a reflexão dialógica do cotidiano dos processos e identificando o que necessita ser transformado (BRASIL, 2004).

Já Moura *et al.* (2020) apostou na criação de um instrumento para avaliar a competência de estudantes de enfermagem em examinar o risco para o desenvolvimento de lesões por pressão. Trata-se então de mais um estudo fundamental, pois, do ponto de vista da prática de enfermagem, a prevenção da incidência de lesões por pressão tem sido uma preocupação social e política devido às implicações financeiras e à saúde do paciente em geral; logo, é um indicador de qualidade da assistência de enfermagem e segurança do paciente (BORGHARDT *et al.*, 2016).

O desenvolvimento de raciocínio clínico é alvo de muitos estudos que desenvolvem instrumentos para avaliação em simulação clínica. Foi o que fizeram Lino *et al.* (2019) quando desenvolveram uma lista de verificação para avaliação do treinamento de enfermeiros na simulação do atendimento ao paciente séptico. O resultado do trabalho constatou que o checklist atingiu alto grau de validade e confiabilidade por apresentar clareza, pertinência e variedade. O trabalho também merece destaque pela sua necessidade, tendo em vista que a sepse é uma síndrome complexa e com alto índice de mortalidade, sendo a simulação clínica uma estratégia promissora no processo de ensino e de aprendizagem, com uso de tecnologias que replicam cenários que se assemelham à prática e envolve a participação ativa de estudantes e profissionais em ambientes controlados e realísticos (COSTA *et al.*, 2016).

Outro ponto de destaque nessa scoping review foi o fato de apenas um trabalho ter como público-alvo mescla de categorias profissionais. Calhoun *et al.* (2011) desenvolveu um instrumento multiavaliador para avaliação de crises pediátricas simuladas, onde a amostra deste estudo foi composta por residentes de medicina, enfermeiros e farmacêuticos, a única com mais de uma categoria profissional entre dezessete trabalhos que compuseram essa revisão.

Nesse sentido, Schuelter *et al.* (2021) salienta a importância das instituições buscarem formas de validar cenários de simulação nos quais contenham equipes multiprofissionais, tendo em vista o desenvolvimento de boas práticas em equipe, visto que o ambiente simulado contendo diferentes profissões se aproxima mais da realidade, o que melhora a comunicação, previne erros e otimiza processos.

A contribuição desta scoping review funda-se em ofertar uma análise sobre instrumentos desenvolvidos para ensino e avaliação em simulação clínica, com o objetivo de aprofundamento no assunto e quiçá a implementação do método no programa de Residência Multiprofissional de Atenção Básica da Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Os resultados encontrados fornecem subsídios para o aprimoramento dos processos de trabalho em saúde e em equipe, com vistas a uma melhoria da assistência prestada pelos residentes que fazem parte deste programa. Ademais, o presente trabalho contribui na tentativa de atender à necessidade de aprofundamento nesse objeto de estudo, visando contribuir para o preenchimento de lacunas existentes na disseminação desse método de ensino e avaliação que é a simulação clínica.

CONCLUSÃO

O estudo teve como objetivo identificar instrumentos para ensino e avaliação em simulação clínica. A amostra foi composta por dezessete estudos que responderam a questão norteadora desta Scoping Review, quantidade reduzida de instrumentos desenvolvidos para avaliação e principalmente para ensino em simulação.

Por mais que este método venha cada vez mais ganhando espaço na formação de profissionais de saúde, seu uso ainda é incipiente, sendo sugerido por pesquisadores que a simulação seja cada vez mais acrescentada no currículo de cursos na área da saúde como uma estratégia complementar as demais existentes. Isso se aplica, sobretudo, a formação de profissionais diversos a medicina e a enfermagem, pois ficou evidente nos resultados deste trabalho a baixa aplicabilidade da simulação nos demais cursos da área da saúde.

O baixo número de estudos que compuseram a amostra foi uma das limitações deste trabalho e evidencia que o tema ainda é pouco explorado pela literatura nacional e internacional, refletindo assim uma grande lacuna a ser preenchida com pesquisas futuras.

REFERÊNCIAS

AROMATARIS, E.; MUNN, Z. **JBIManual for Evidence Synthesis**. JBI, 2020.

BORGHARDT, A. T.; *et al.* Úlcera por pressão em pacientes críticos: incidência e fatores associados. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 69, p. 460-467, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente: pólos de educação permanente em saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004.

CALHOUN, A. W.; *et al.* A multirater instrument for the assessment of simulated pediatric crises. **Journal of graduate medical education**, v. 3, n. 1, p. 88-94, 2011.

CAMPOS, M. E. C.; *et al.* Development and validation a task-specific checklist for a microsurgical varicocelectomy simulation model. **International braz j urol**, v. 46, p. 796-802, 2020.

CANCINO, K.D.; *et al.* Elaboração de um roteiro de avaliação de administração segura de medicamentos em estudantes de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, 2020.

Comitê de Normas INACSL. Padrões de melhores práticas INACSL: Simulation SM Educação interprofissional aprimorada por simulação (sim-IPE). **Simulação Clínica em Enfermagem**, v. 12, p. 34-38, 2016.

CORIOLO-MARINUS, M.W.L.; *et al.* Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde e Sociedade**, v. 23, p. 1356-1369, 2014.

COSTA, R. R. O.; *et al.* A simulação no ensino de enfermagem: reflexões e justificativas a luz da bioética e dos direitos humanos. **Acta Bioethica**, v. 24, n. 1, p. 31-38, 2018a.

COSTA, R. R. O.; *et al.* A simulação no ensino de enfermagem: uma análise conceitual. **Revista de enfermagem do centro-oeste mineiro**, v. 8, 2018b.

COSTA, R. R. O.; *et al.* O uso da simulação no contexto da educação e formação em saúde e enfermagem: uma reflexão acadêmica. **Revista Espaço para**, Londrina, v. 16, n. 1, p. 59-65, 2015.

COSTA, R. R. O.; *et al.* Percepções de estudantes de enfermagem acerca das dimensões estruturais da simulação clínica. **Scientia Medica**, v. 29, n. 1, p. 12, 2019a.

COSTA, R. R. O.; *et al.* Percepções de estudantes de enfermagem sobre práticas educativas em imunização de adultos com o uso de Simulação Clínica. **Scientia Medica**, v. 29, n. 3, p. e34267-e34267, 2019b.

COSTA, R. R. O.; *et al.* Satisfação e autoconfiança na aprendizagem de estudantes de enfermagem: Ensaio clínico randomizado. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 1, 2020.

COSTA, R. R. O.; *et al.* Tipos e finalidades da simulação no ensino de graduação em enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 30, n. 3, 2016.

COUTINHO, V. R. D.; MARTINS, J. C. A. A simulação na formação de profissionais de saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 19, n. 1, p. 9-10, 2015.

DAVOUDI, M; OSANN, K; COLT, H. G. Validation of two instruments to assess technical bronchoscopic skill using virtual reality simulation. **Respiration**, v. 76, n. 1, p. 92-101, 2008.

ERDOGAN, A.; *et al.* Development and validation of clinical performance assessment in simulated medical emergencies: an observational study. **BMC emergency medicine**, v. 16, n. 1, p. 1-8, 2016.

FISHER, J. M.; WALKER, R. W. A new age approach to an age old problem: using simulation to teach geriatric medicine to medical students. **Age and ageing**, v. 43, n. 3, p. 424-428, 2014.

GREENAWALD, L.; *et al.* Construct validity of a novel, objective evaluation tool for the basics of open laparotomy training using a simulated model. **The American Journal of Surgery**, v. 214, n. 1, p. 152-157, 2017.

HALL, A. K.; *et al.* Queen's simulation assessment tool: development and validation of an assessment tool for resuscitation objective structured clinical examination stations in emergency medicine. **Simulation in Healthcare**, v. 10, n. 2, p. 98-105, 2015.

HERRON, E. K.; NEMETH, J.; POWERS, K. A. Simulação de saúde comunitária com um paciente padronizado: explorando a experiência. **ClinicalSimulationNursing**, v. 13, n. 7, p.331-7, 2017.

JORGE, B.M.; ALMEIDA, R.G.S.; SOUZA JUNIOR, V.D. Tendências atuais na investigação em simulação. **Unidade de Investigação em Ciências da Saúde**, Ribeirão Preto, p. 259-276, 2014.

JUDD, B. K.; *et al.* The validity of a professional competence tool for physiotherapy students in simulation-based clinical education: a Rasch analysis. **BMC medical education**, v. 16, n. 1, p. 1-10, 2016.

KANEKO, R.M.U.; *et al.* Simulação in situ, uma metodologia de treinamento multidisciplinar para identificar oportunidades de melhoria na segurança do paciente em uma unidade de alto risco. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 286-293, 2015.

LEVY, A.; *et al.* External validation of scoring instruments for evaluating pediatric resuscitation. **Simulation in Healthcare**, v. 9, n. 6, p. 360-369, 2014.

LINO, R.L.B; *et al.* Validación de checklist para evaluación de la capacitación con simulación clínica de la atención al paciente séptico. **Enfermería Global**, v. 18, n. 56, p. 159-197, 2019.

LISHCHINSKY, O.R.L.Y. Simulations in nursing practice: toward authentic leadership. **Journal of Nursing Management**, v. 22, n. 1, p. 60-69, 2014.

MAIGRET, S. B.; MINHARRO, M. C. O.; ALENCAR, R. A. Estratégias de ensino da simulação do Suporte Básico de Vida em Enfermagem: Uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 9, p. e47310918325-e47310918325, 2021.

MARTINS, J. C. A. Aprendizagem e desenvolvimento em contexto de prática simulada. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 4, n. 12, p. 155-162, 2017.

MESKA, M. H. G. ; *et al.* Satisfação e autoconfiança dos estudantes de enfermagem em cenários clínicos simulados com presença de odores desagradáveis: ensaio clínico randomizado. **Scientia Medica**, v. 28, n. 1, p. ID28693-ID28693, 2018.

MORRIS, C.; *et al.* Towards development and validation of an intraoperative assessment tool for robot-assisted radical prostatectomy training: results of a Delphi study. **International braz j urol**, v. 43, p. 661-670, 2017.

MOURA, E. C. C.; *et al.* A novel measurement instrument for pressure-injury risk assessment competence: Theoretical procedures, simulation, and psychometric quality. **International wound journal**, v. 17, n. 3, p. 601-617, 2020.

NASCIMENTO, J.S.; *et al.* Desenvolvimento e validação de um roteiro de co-debriefing para o suporte básico de vida simulado. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 11, 2021.

NASCIMENTO, J.S.; *et al.* Simulação clínica: construção e validação de roteiro para o Suporte Básico de Vida no adulto. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 11, p. 44, 2021.

NAYAHANGAN, L.J.; *et al.* Ensuring competency in open aortic aneurysm repair—development and validation of a new assessment tool. **European Journal of Vascular and Endovascular Surgery**, v. 59, n. 5, p. 767-774, 2020.

OLIVEIRA, S.N.; *et al.* Da teoria à prática, operacionalizando a simulação clínica no ensino de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 1791-1798, 2018.

ORIoT, D.; *et al.* Validation of a performance assessment scale for simulated intraosseous access. **Simulation in health care**, v. 7, n. 3, p. 171-175, 2012.

PEDRADA, L.D.S.; *et al.* Uso da simulação realística na segurança da equipe cirúrgica frente ao coronavírus: relato de experiência. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, 2021.

PEREIRA, I.M.; *et al.* Modalidades e classificações da simulação como estratégia pedagógica em enfermagem: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, v. 14, 2021.

PETERS, M.D.J.; *et al.* The Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2015: **methodology for JBI scoping reviews**. Adelaide: JBI, 2015.

QUILICI, A.P.; *et al.* Percepções docentes sobre programas de simulação na educação em saúde. **Int J Med Educ.** v. 6, p. 166-171, 2015.

SANINO, G.E.C. O uso da simulação em enfermagem no Curso Técnico de Enfermagem. **Journal of Health Informatics**, São Paulo, v. 4, p. 148-51, 2012.

SCHUELTER, P.I.; *et al.* Gestão em simulação clínica: uma proposta de boas práticas e otimização dos processos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, 2021.

TRICKEY, A.W.; *et al.* Assessment of surgery residents' interpersonal communication skills: validation evidence for the Communication Assessment Tool in a simulation environment. **Journal of surgical education**, v. 73, n. 6, p. e19-e27, 2016.

WHO. World Health Organization. **Patient Safety**: global launch of WHO's third global patient safety challenge - medication without harm. Geneva: WHO, 2018.



Parte

**O mundo do trabalho
em saúde e enfermagem
na atualidade**

RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DO SONO E O ÍNDICE DE MASSA CORPORAL DOS ENFERMEIROS NOS DIFERENTES TURNOS DE TRABALHO

Jacqueline Targino Nunes
Soraya Maria de Medeiros
Vanessa Gomes Mourão

INTRODUÇÃO

Ao longo da Revolução Industrial ocorreram mudanças no mundo do trabalho e repercutiram na saúde dos trabalhadores. Como o mecanismo de ajuste das relações laborais, com a sistematização do período de trabalho em turnos, a qual surgiu após organização da sociedade e o prolongamento das atividades cotidianas, englobando o período noturno (COELHO *et al.*, 2014).

Com o progresso dos processos tecnológicos, aumentaram as demandas econômicas e demográficas, e o trabalho em turno se tornou imprescindível numa sociedade com ritmo de trabalho ininterrupto de 24 horas. Tanto a vida profissional quanto social e a saúde são afetadas negativamente pelas longas jornadas (FERNANDES *et al.*, 2013).

Seguindo esse ritmo intenso e contínuo de trabalho, considera-se as profissões da área da saúde, em especial a enfermagem, a qual assiste o paciente de forma ininterrupta durante 24 horas do dia. Como estas atividades são contínuas, os profissionais são organizados em turnos (SANTANA *et al.*, 2015).

Na prática da enfermagem brasileira, a carga horária de trabalho semanal varia entre 30 a 40 horas, sendo mais comum a de 36 horas. Entretanto, nas jornadas diárias, há vários horários: turnos de 12 horas, seja diurno ou noturno, seguido de 36 horas de descanso, turnos com duração de 6 hora/dia, 8 horas/dia ou ainda quatro dias de 6 horas e um de 12 horas, conforme cada instituição hospitalar determina como normas vigentes (MENDES, 2012).

Aqueles que trabalham nos serviços de saúde cumprem jornadas de trabalho por turnos a fim de garantir o quantitativo suficiente de profissionais para a equipe e o cuidado integral ao paciente (FERNANDES *et al.*, 2013). A jornada ininterrupta afeta diretamente a qualidade do sono dos profissionais.

A relação do turno noturno e o acordar precoce para o trabalho diurno afeta sobremaneira o padrão de sono, o qual é um estado biológico caracterizado por relativa mobilidade e um maior limiar de resposta aos estímulos externos, por consequência têm manifestações

comportamentais e fisiológicas. Os estímulos são essenciais na consolidação da memória, visão binocular, termorregulação, conservação e restauração da energia corporal destacando o metabolismo energético cerebral (FERREIRA, 2015).

A definição de sono é dada por um estado de inconsciência em que o despertar pode ocorrer através dos estímulos sensoriais ou estímulos externos. É responsável pela restauração e manutenção de energia. O organismo dos seres humanos opera de acordo com um relógio biológico, em sintonia com os fatores externos e internos do ambiente, onde essa ritmicidade natural é de fundamental importância para diversas funções do organismo, por consequência temos a restauração e manutenção de energia (SILVA *et al.*, 2010).

O trabalho em horários não convencionais, sobretudo o noturno, repercutem negativamente no estilo de vida, tendo como consequência a qualidade do sono causando distúrbios do sono e sonolência e outros malefícios.

Os profissionais de enfermagem possuem um perfil nutricional reconhecido pela literatura como uma população de risco para o ganho de peso de forma inadequada e prevalência de sobrepeso nesse grupo é elevada (COELHO *et al.*, 2014; SCHIAVO; DE MARTINO, 2010). Destaca-se que ao longo dos anos houve mudança drástica do perfil de morbimortalidade da população com predomínio das mortes por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre os principais fatores de riscos o sobrepeso é o determinante para as doenças cardiovasculares (BRASIL, 2011). Dessa maneira, há constatação na literatura científica como uma população de risco.

A circunferência de cintura abdominal é a medida utilizada para mensurar a região do abdômen, na qual pode ter concentração de gordura visceral, sendo este fator de risco para as DCNT, que estão diretamente relacionados a diversos riscos, como aumento da pressão arterial, diabetes e colesterol alto, fatores que elevam o risco de doenças cardiovasculares (BARROS *et al.*, 2017)

Os pontos de corte adotados para circunferência de cintura abdominal foram os preconizados por Lean *et al.* (1995) de acordo com o grau de risco para doenças cardiovasculares, medida igual ou superior a 102 cm em homens e 88 cm em mulheres indica risco de doenças ligadas ao coração.

O sobrepeso é adversidade de origem multifatorial, caracteriza-se pelo excesso de gordura corporal e está relacionada ao desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas, cujos riscos aumentam significativamente quando o índice de massa corporal (IMC) excede 25kg/m (SCHIAVO; DE MARTINO, 2010).

Pesquisas apontaram que a obesidade abdominal, apresenta forte relação com o desenvolvimento da síndrome metabólica em populações jovens. Dessa forma, a circunferência de cintura é considerado como um eficiente indicador de obesidade abdominal

e, conseqüentemente, de risco cardiovascular na população. Em um estudo recente com adolescentes obesos, observou-se correlação positiva entre a circunferência de cintura e o IMC em ambos os sexos, similar aos nossos resultados (MASQUIO *et al.*, 2015).

Desse modo, o presente capítulo objetiva identificar a qualidade do sono e o IMC dos enfermeiros nos diferentes turnos de trabalho.

METODOLOGIA

O presente estudo de caráter analítico tem como abordagem quantitativa. O estudo foi desenvolvido no Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), localizado em Natal/RN, Brasil. Os profissionais de enfermagem desta instituição possuem uma jornada de trabalho de 6 horas diárias para o turno diurno com uma folga semanal e o noturno de 12 horas por 36 de folga.

A população amostral foi de 120 enfermeiros que atuam nos setores do hospital. Sendo questionados, 52 enfermeiros do turno noturno e 68 diurnos. Selecionou-se para amostra sujeitos que atuam em atividades nos turnos noturnos e diurnos, consentindo participar da pesquisa voluntariamente no momento de visita ao HUOL.

Os critérios de inclusão foram os profissionais atuantes há pelo Adotou-se como ano nos turnos noturnos ou diurnos e profissionais do quadro efetivo da instituição. Foram excluídos aqueles que utilizam medicamentos para dormir e os que estão de licença por qualquer natureza ou férias, e também em mais de um vínculo empregatício caso atuem em turnos diferentes.

Definindo os enfermeiros de uma determinada instituição de saúde de Natal - RN, como o público alvo do estudo. Temos um total de 175 profissionais atuando. Utilizando amostragem aleatória simples, e considerando intervalo de confiança de 95% com margem de erro de 5%, temos amostra final de 120 enfermeiros.

$$n = \frac{N \cdot (1 - \hat{p})}{(N - 1)D + \hat{p}(1 - \hat{p})} \Rightarrow n = \frac{175 * 0,5(1 - 0,5)}{(175 - 1)0,00651 + 0,5(1 - 0,5)} \Rightarrow n$$

$$= \frac{43,75}{0,363274} \Rightarrow n \cong 120$$

$$\text{Onde: } D = \left(\frac{E}{Z_{\alpha/2}} \right)^2 \Rightarrow D = \left(\frac{0,05}{1,96} \right)^2 \Rightarrow D = 0,000651$$

Onde :

= População;

= tamanho da amostra;

= Proporção estimada;

= Margem de Erro.

= Valor tabelado da distribuição normal.

Utilizou-se um questionário para caracterização individual e sociodemográfico, que foi entregue aos participantes para eles responderem, obtendo o levantamento sociodemográfico da população, que constará com questões fechadas sobre o nome ou código, peso, altura, IMC e Circunferência Abdominal, fumante, prática de atividades física, idade, sexo, estado civil, quantidade de filhos, turno de trabalho, tempo de formação na área e tempo de permanência no turno; se trabalha em outro local ou desenvolve outras atividades.

Para composição do instrumento, utilizou-se dos seguintes materiais: uma balança com uma haste metálica milimétrica acoplada para pesagem e mensuração da altura. A altura e peso serão utilizados para cálculo do índice de massa corporal (IMC) e uma tabela para classificar o IMC, uma fita métrica para mensurar a Circunferência Abdominal. O tempo previsto para coleta de dados foi de 3 meses.

Ademais, utilizou-se um questionário de Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQUI-BR). O questionário é uma versão traduzida por Bertolazi *et al.* (2011) e teve sua validação por Buysse *et al.* (1989), o qual é autoaplicável e tem como objetivo classificar o padrão de sono e mensurar sua qualidade.

O PSQI inclui a qualidade subjetiva do sono e a ocorrência de distúrbios do mesmo, com um intervalo anterior à data do seu preenchimento, o qual pode ser determinado pelo pesquisador (CARPENTER; ANDRYKOWSKI, 1997). Este questionário possui dez questões, e para todas as questões, há um espaço para o registro dos comentários do entrevistado, se houver necessidade. Nesse instrumento a escala varia de 0 a 20 pontos e escores maiores do que cinco implicam em qualidade de sono ruim (BUYSSSE *et al.*, 1989; CARPENTER; ANDRYKOWSKI, 1998).

O PSQI permite realizar a avaliação a partir de sete componentes:

- 1) Qualidade subjetiva do sono, considera-se a percepção individual do entrevistado;
- 2) Latência do sono, nota-se o tempo necessário para o início do sono;
- 3) Duração do sono, questiona-se quanto tempo o participante passa dormindo;

4) Eficiência habitual do sono, obtém-se pela relação do número de horas dormidas e número de horas em permanência na cama, não necessariamente dormindo;

5) Distúrbios do sono, avalia-se a presença de quadros que levem à interrupção do sono;

6) Uso de medicação para dormir, investiga-se o entrevistado se faz uso ou não de medicamentos para dormir;

7) Sonolência diurna e distúrbios durante o dia, analisa-se se há alterações na disposição, entusiasmo na realização de atividades do dia a dia, causadas pela sonolência diurna.

Vale ressaltar que o projeto foi encaminhado ao Comitê de ética da UFRN e solicitou a autorização prévia da assinatura da direção do Hospital Universitário para o termo de anuência, antes do início da coleta de dados. A coleta foi realizada durante o ano de 2020, período de janeiro a março. Dessa forma, realizou-se, em um primeiro contato, uma reunião com os enfermeiros responsáveis pelos setores para uma apresentação do projeto e para explanação dos objetivos da pesquisa; após, os participantes foram entrevistados e entregues os questionários de acordo com seu turno de trabalho, diurno ou noturno.

Os questionários foram entregues aos profissionais para serem respondidos, a qual foi solicitado o preenchimento no momento da entrega. Os instrumentos foram entregues no fim ou no início do expediente de trabalho, após, solicitada a cooperação que foi confirmada pela assinatura do Termo de Livre Consentimento, em duas vias, uma para o pesquisador e outra para o entrevistado. Nenhuma explicação foi dada sobre as respostas com a finalidade de evitar influência sobre os resultados.

Em se, os sujeitos foram pesados em balança previamente tarada e nivelada. O peso obtido resultou dos indivíduos sem sapatos, o mínimo de roupa possível, os quais subiram na plataforma da balança com o peso igualmente distribuído entre os pés, registrando a medida em quilogramas (kg). A altura foi mensurada por uma haste metálica milimétrica acoplada a esta balança. O IMC foi utilizado uma tabela para classificar o IMC. Os valores foram anotados no instrumento de identificação sociodemográfico e anotados em um único momento para o turno diurno e noturno.

Os dados alcançados foram tabulados em planilha do programa Excel 8.0 processados e analisados com auxílio do SPSS, versão 20.0, para apresentação das informações em frequência absoluta e relativa, média, mediana e desvio-padrão para descrever o perfil da amostra segundo as variáveis sociodemográficas. O teste de distribuição de normalidade foi aplicado para avaliar a aderência das variáveis contínuas à distribuição normal ou não normal.

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN e submetido à Plataforma Brasil para aprovação em concordância com as determinações da Resolução 466/2012 Conselho Nacional de Saúde –

CNS do Ministério da Saúde, o qual define as diretrizes e normas sobre a pesquisa envolvendo seres humanos, obedecidos os princípios fundamentais da Bioética inerentes à autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

O levantamento dos dados foi iniciado após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aprovação do CEP. Foi obtido Parecer favorável sob o nº 3.728.734 e CAAE 25693119.4.0000.5537.

RESULTADOS

No presente estudo, predominaram enfermeiras (85%), na faixa etária de até 34 anos (58,3%), casadas (51,6%) e sem filhos (57,5%). Além disso, 3,3% são fumantes, 65% realizam atividades físicas, em média, três vezes por semanas. 56,6% dos profissionais atuam no horário diurno e 43,3% no noturno. 30,8% possuem outro vínculo, onde 59,4% atuam durante o dia e 40,5% à noite.

Na classificação do IMC, 50,83% são adequados e 49,17% inadequados. Já com relação a circunferência abdominal, 55% apresentam uma circunferência adequada e 45% inadequada.

Tabela 1 - Estatística descritiva do perfil geral e clínico dos Enfermeiros

Variável	Mínimo	Máximo	25%	Mediana	75%	IQ	Média	DP	CV	Valor-p
Idade (em anos)	26,00	54,00	31,00	35,00	38,00	7,00	35,62	5,62	15,78	<0,001
Peso (kg)	46,00	102,00	59,65	66,50	74,00	14,35	67,72	11,84	17,49	0,018
Altura (m)	1,46	1,89	1,57	1,62	1,69	0,12	1,63	0,08	5,18	0,016
IMC	16,72	33,72	23,61	25,04	27,00	3,39	25,33	3,02	11,91	0,008
Tempo de trabalho noturno (em anos)	1,00	20,00	2,00	4,00	6,00	4,00	4,82	4,02	83,25	<0,001
Número de atividades físicas	1,00	5,00	3,00	3,00	4,00	1,00	3,29	0,87	26,39	<0,001

IQ: Intervalo Interquartilico DP: Desvio Padrão CV: Coeficiente de Variação (1) Teste de *Kolmogorov-Smirnov* para verificar a normalidade dos dados

Tabela 2 - Estatística descritiva do PSQI

Variável	Mínimo	Máximo	25%	Mediana	75%	IQ	Média	DP	CV	Valor-p
Qualidade Subjetiva do sono	0,00	3,00	1,00	1,00	1,00	0,00	1,15	0,62	53,65	<0,001
Latência do Sono	0,00	3,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,21	0,92	76,54	<0,001
Duração do Sono	0,00	3,00	0,00	1,00	2,00	2,00	0,91	0,89	97,84	<0,001
Eficiência Habitual do Sono	0,00	3,00	0,00	0,00	1,00	1,00	0,41	0,65	160,31	<0,001
Distúrbios do Sono	0,00	3,00	1,00	1,00	1,00	0,00	1,15	0,56	48,68	<0,001
Uso de Medicamentos para Dormir	0,00	3,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,23	0,60	266,93	<0,001
Sonolência diurna e Distúrbios durante o dia	0,00	3,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,21	0,78	64,28	<0,001
Pontuação Global	1,00	18,00	4,00	5,00	8,00	4,00	6,26	3,10	49,52	<0,001

IQ: Intervalo Interquartilico DP: Desvio Padrão CV: Coeficiente de Variação (1) Teste de *Kolmogorov-Smirnov* para verificar a normalidade dos dados

Na qualidade do sono - PSQI, 53,33% dos enfermeiros foram classificados como “bom”, total numérico de 64 enfermeiros e 46,67% “ruim”, equivalente a 56 enfermeiros.

Aplicando do teste Qui-Quadrado (X^2) e exato de Fischer, para um nível de significância de 5%, temos evidências de diferença estatística do turno de trabalho com o sexo, IMC, circunferência abdominal, tabagismo e possuir outro vínculo.

Onde no horário noturno temos maior presença de enfermeiros do sexo masculino, circunferência abdominal e IMC inadequado, fumantes e que possuem outro vínculo, demonstra a tabela 3.

Tabela 3 - Características gerais dos profissionais versus o turno de trabalho

Característica		Turno de trabalho		Valor-p
		Noturno	Diurno	
Sexo	Feminino	75,00% (n=39)	92,65% (n=63)	0,007 ⁽¹⁾
	Masculino	25,00% (n=13)	7,35% (n=5)	
Faixa	Até 35 anos	55,77% (n=29)	60,29% (n=41)	0,618 ⁽¹⁾
	Acima de 35 anos	44,23% (n=23)	39,71% (n=27)	
Faixa1	Até 45 anos	92,31% (n=48)	92,65% (n=63)	1,000 ⁽²⁾
	Acima de 45 anos	7,69% (n=4)	7,35% (n=5)	
Estado Civil	Solteiro	55,77% (n=29)	42,65% (n=29)	0,154 ⁽¹⁾
	Casado	44,23% (n=23)	57,35% (n=39)	
IMC	Adequado	15,38% (n=8)	72,06% (n=49)	<0,001 ⁽¹⁾
	Inadequado	84,62% (n=44)	27,94% (n=19)	
Circunferência abdominal	Adequado	17,31% (n=9)	83,82% (n=57)	<0,001 ⁽¹⁾
	Inadequado	82,69% (n=43)	16,18% (n=11)	
Possui filhos	Sim	46,15% (n=24)	39,71% (n=27)	0,479 ⁽¹⁾
	Não	53,85% (n=28)	60,29% (n=41)	
Faz atividade física	Sim	59,62% (n=31)	69,12% (n=47)	0,280 ⁽¹⁾
	Não	40,38% (n=21)	30,88% (n=21)	
Fumante	Sim	7,69% (n=4)	---	0,033 ⁽²⁾
	Não	92,31% (n=48)	100,00% (n=68)	
Possui outro vínculo	Sim	44,23% (n=23)	20,59% (n=14)	0,005 ⁽¹⁾
	Não	55,77% (n=29)	79,41% (n=54)	
Total		100,00% (n=52)	100,00% (n=68)	

(1) Teste Quadrado (2) Teste Exato de Fischer

Aplicando do teste Qui-Quadrado (X^2) e exato de Fischer, para um nível de significância de 5%, temos evidências de diferença estatística da classificação do IMC com o sexo, turno de trabalho e circunferência abdominal.

DISCUSSÃO

Os sujeitos analisados separaram-se em dois grupos por turno: diurno e noturno. Observou-se que 85,00% dos enfermeiros predominantemente é do sexo feminino, quanto ao turno de trabalho, 75,00% no turno noturno e 92,65% no diurno.

De acordo com outros estudos que também obtiveram a predominância das mulheres nas atividades de enfermagem e em ambos os turnos, pode-se inferir que, apesar da adesão do sexo

masculino aos cursos de enfermagem, ainda é uma profissão predominantemente feminina. Tais dados mostram ainda que a mulher reflete em sua escolha profissional e socializa exercendo o papel de cuidadora, como no caso da enfermagem (LIMA *et al.*, 2013; SILVA *et al.*, 2017)

Quando reunidos em relação à faixa etária, até 35 anos (58,33%) e acima de 35 anos (41,67%), apresentaram a maioria idade até 35 anos. Outros estudos também trabalharam com profissionais de enfermagem com a mesma faixa etária de idade, comprovando que a enfermagem está sendo composta por jovens adultos (SANTOS; COSTA, 2016; SILVA *et al.*, 2017).

No que se refere ao estado civil, houve predominância dos profissionais com companheiros, (51,67% são casados e 48,33% solteiros) e desses casados em relação aos turnos de trabalho (57,35% do turno diurno e 44,23% do turno noturno). Nossos resultados concordaram com pesquisas realizadas com profissionais de enfermagem (SANTOS; COSTA, 2016).

Em relação o fator ter filhos ou não, 42,50% dos enfermeiros tem filhos e 57,50% relataram não terem filhos, sendo 46,15% noturno e 39,71% diurno dos que têm filhos e dos que não têm filhos são 53,85% noturno e 60,29% diurno. Estudos com amostras semelhantes constataram a associação entre o sexo feminino e que tem filhos relacionado ao turno de trabalho ressaltando uma sobrecarga sobre as mulheres devido ao excesso de trabalho, incluindo as atividades do lar, cuidados com a família e o profissionalismo (SOUZA *et al.*, 2012).

Nesta pesquisa encontram-se 52 enfermeiros do turno noturno, totalizando 84,62% que apresentaram um sono de má qualidade, enquanto que os sujeitos do turno diurno, dos 68 enfermeiros, apenas 17,65% apresentaram uma má qualidade do sono. Observou-se que os enfermeiros do turno noturno apresentaram uma qualidade do sono ruim em comparação ao diurno, utilizando o PSQI. Alguns estudos atuais correlacionaram o trabalho em turnos às alterações nos hábitos de sono em profissionais de enfermagem, indicando que o trabalho noturno prejudica a qualidade do sono desses profissionais.

Em estudo recente com profissionais de enfermagem de um hospital em Botucatu/SP foi percebida uma alta frequência de qualidade do sono no turno noturno 65% da amostra (PALHARES; CORRENTE; MATSUBARA, 2014).

Pesquisa realizada com enfermeiras em um hospital público no Porto, em Portugal, apresentou resultados para o PSQI com 68,3% das profissionais que apresentavam qualidade do sono ruim, corroborando com este estudo (DE MARTINO *et al.*, 2012).

Identificamos também que os enfermeiros do turno noturno, 84,62% apresentam IMC inadequado, ou seja, possuem sobrepeso, com significância estatística ($p < 0,001$), indicando que, quanto pior a qualidade do sono observada, maior o índice de ter sobrepeso. Enquanto que os enfermeiros do turno diurno apresentam apenas 27,94%, IMC inadequado.

Estudos revelam que a má qualidade de sono resulta na diminuição do nível de atividade física, provavelmente devido ao cansaço, em consequência do sono insuficiente. Assim, indivíduos privados do sono podem apresentar um estilo de vida mais sedentário quando comparados àqueles que possuem padrão de sono adequado (COELHO *et al.*, 2014).

Pesquisa realizada com profissionais de enfermagem de um hospital federal de grande porte, de alta complexidade, no município do Rio de Janeiro. Todas as categorias apresentaram aumento do IMC médio, porém os enfermeiros apresentaram maior variação numérica média (24,7 – 29,7kg/m²), passando da faixa normal para a de sobrepeso. Porém técnicos e auxiliares de enfermagem passaram da faixa de sobrepeso para obesidade, complementando assim a presente pesquisa (MAURO *et al.*, 2019). O trabalho noturno pode causar um impacto negativo na saúde dos trabalhadores.

CONCLUSÃO

O perfil da amostra estudada demonstrou sujeitos do sexo feminino, na maioria, casados, adultos jovens e não possuem filhos. Observou-se que os profissionais de enfermagem que atuam no turno noturno apresentaram uma qualidade de sono ruim. Em comparação entre os turnos mostrou diferença estatisticamente significativa entre os turnos diurno e noturno, inferindo que os enfermeiros apresentam uma predisposição para a diminuição da qualidade do sono já que os profissionais em ambiente hospitalar trabalham em sistemas de turnos.

Por conseguinte, o IMC dos profissionais que atuam no turno noturno possui peso inadequado, sobrepeso, demonstrando destaque estatisticamente entre a qualidade do sono ruim e o sobrepeso.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011.

BUYSSET, D.J.; *et al.* The Pittsburg Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. **Psychiatry Res**, v. 28, n. 2, p. 193-213, 1989.

CARPENTER, J.S.; ANDRYKOWSKI, M.A. Psychometric evaluation of the Pittsburg sleep quality index. **Journal Psych Res**, v.45, n.1, p.5-13, 1998.

COELHO, M.P.; *et al.* Prejuízos nutricionais e distúrbios no padrão de sono de trabalhadores da Enfermagem. **Rev bras enferm**, Brasília, v. 67, n. 5, p. 832-42, 2014.

MARTINO, M.M.F.; *et al.* The relationship between shift work and sleep patterns in nurses. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.18, n.3, p.763-768, 2012.

FERNANDES, J.C.; *et al.* Jornada de trabalho e comportamentos de saúde entre enfermeiros de hospitais públicos. **Rev latino-am enferm**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 5, p. 1-8, 2013.

LEAN, M.E.J.; HAN, T.S.; MORRISON, C.E. Waist circumference as a measure for indicating need for weight management. **BMJ**, v. 311, p. 158-61, 1995.

LIMA, M.B.; *et al.*, Agentes estressores em trabalhadores de enfermagem com dupla ou mais jornada de trabalho. **R Pesq Cuid Fundam Online**, v.5, n.1, p.3259-66, 2013.

MASQUIO, D.C.; PIANO, A.; CAMPOS, R.M.; *et al.* The role of multicomponent therapy in the metabolic syndrome, inflammation and cardiovascular risk in obese adolescents. **Br J Nutr**, v. 113, p. 1920-30, 2015.

MAURO, M.Y.C.; *et al.* Trabalho noturno e alterações de peso. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 27, 2019.

PALHARES, V.C.; CORRENTE, J.E.; MATSUBARA, B.B. Association between sleep quality and quality of life in nursing professionals working rotating shifts. **Rev Saúde Pública**, v. 48, n. 4, p. 594-601, 2014.

SANTANA, R.S.; *et al.* Influência do trabalho noturno na qualidade de vida da equipe de

enfermagem da UTI. **Rev Interd**, Teresina, v. 8, n. 2, p. 25-34, 2015.

SANTOS, A.A.; COSTA, O.R.S. Qualidade de vida no trabalho dos profissionais de enfermagem que atuam no período noturno em um hospital escola do sul de minas gerais. **Rev Ciên Saúde**, v. 6, n. 1, p. 1-9, 2016.

SCHIAVO, D.; De MARTINO, M. M. F. Incidence of weight gain and obesity in night shift workers and the relationship of these factors with sleep. **Sleep sci**, São Paulo, v. 3, n. 4, p. 125-30, 2010.

SILVA, E.C.G.; *et al.* Impactos gerados pelo trabalho em turnos. **Perspectivas online**, v. 4, n. 13, p.65-86, 2010.

SILVA, K.K.M.; MARTINO, M.M.F.; VIANA, M.C.O.; *et al.* Relações entre o trabalho em turnos e a qualidade de sono em enfermeiros: estudo descritivo. **Online Braz J Nurs**, v. 16, n. 1, p. 57-63, 2017.

AAÇÃO COMUNICATIVA E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA HUMANIZAÇÃO

Eunice Fernandes da Silva
Soraya Maria Medeiros

INTRODUÇÃO

É consenso de que a humanização pressupõe uma satisfação mútua de todos os indivíduos envolvidos na ação, além das condições do ambiente em que se desenrolam os processos. Com a compreensão de satisfação mútua, acreditamos que a Ação comunicativa de Habermas pode subsidiar substancialmente essa prática, considerando às necessidades do indivíduo no mundo atual.

A ação comunicativa é de maneira simbólica mediada por normas de vigência obrigatória que definem expectativas recíprocas do comportamento, sendo entendidas e reconhecidas por pelo menos dois agentes (HABERMAS, 2003).

Havendo uma perspectiva de entendimento mútuo, o sujeito falante levanta em todos os proferimentos inteligíveis algumas pretensões de validade, a saber: sinceridade do interlocutor; verdade das afirmativas; e correção das normas (HABERMAS, 2003).

A humanização incorpora várias dimensões do indivíduo, a saber: social, econômica, biológica, espiritual e cultural, ou seja, valores, esperanças, crenças e anseios de cada um. O ambiente deve expressar em cores e arte, proporcionando tranquilidade e harmonia, com características propícias a viabilização de ações que aí se desenvolvem (BRASIL, 2004).

A Teoria da ação comunicativa de Habermas pode fornecer subsídios para orientação multidisciplinar, partindo da interação dialógica, que assegura uma vinculação com a totalidade do pensamento do autor. Seus estudos estão relacionados a uma Teoria crítica da Escola de Frankfurt, se fundamentando em especial na crítica radical à sociedade industrial moderna.

Essa Teoria abrange a valorização dos discursos, a inclusão social, a intersubjetividade humana, a moral, oriundos de uma ação dialógica, em que se prima pela valorização democratizada, dos discursos. Com o propósito de capacitar agentes do processo discursivo, viabilizando acordos objetivos, a medida que se cria expectativas de comportamento social, cooperação e solidariedade entre os membros de uma comunidade. Aborda questões universalistas, que consiste em dois princípios básicos: o da universalização e o da demonstração de validade universal (HABERMAS, 2003).

Da universalização apreende-se uma reconstrução das instituições da vida cotidiana, envolvendo a avaliação imparcial de conflitos de ações morais. Enquanto que, da demonstração de validade universal, ultrapassa às perspectivas de uma determinada cultura, que se baseia numa comprovação pragmática com pressupostos universais, imprescindíveis a argumentação (HABERMAS, 2003).

De acordo com Shubert e Gedrat (2016), no que se refere a prática da ação comunicativa pelos profissionais, compreende que este incorpora essa ação, conduzindo suas atitudes e posturas em relação ao paciente, favorecendo a confiabilidade, compreensão e apoio no processo. Ou seja, agindo desta forma, há uma valorização do discurso de ambos, corroborando para uma troca de conhecimento.

Percebe o agir comunicativo como favorável a prática da humanização, interpretando a vida real como uma área das pré-interpretações, que direcionam ações humanas, abrangentes das dimensões sociais, culturais e da personalidade, sendo externada mediante articulação da linguagem. Uma ação cotidiana que decorre dialeticamente do Sistema e mundo real (FERREIRA; ARTMANN, 2018).

De acordo com Guanaes e Souza (2004, p. 28), a humanização “é um processo vivencial que permeia toda a atividade do local e das pessoas que ali trabalham, dando ao paciente o tratamento que merece como pessoa humana, dentro das circunstâncias peculiares em que cada um se encontra no momento de sua internação”.

O cuidado humanizado revela a sensibilidade humana, evidenciando sua subjetividade na produção de conhecimento, importando-se com a felicidade, a beleza e o afeto. Nesse sentido, os seres humanos, precisam de uma definição pessoal frente ao mundo, a partir de reflexões e tomada de consciência deste mundo e de se próprio.

A Política Nacional de Humanização (PNH), traz a transversalidade, onde sua aplicabilidade exige a participação de todos os atores no processo. Representa um eixo norteador dos programas, projetos e iniciativas de humanização, propondo diretrizes à medida que se traçam objetivos, definindo estratégias de ação. Nessa proposta, existe abertura para integração de contribuições na área da saúde, podendo-se agregar outros projetos (BRASIL, 2004).

Esse estudo suscitará o entendimento do quanto crucial é, um embasamento filosófico em que se fundamente a praticidade da vida, onde as ações individuais e coletivas, aconteçam de forma concatenada em prol do bem comum.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo interpretativo e exploratório, com abordagem qualitativa. Constitui-se de uma revisão de literatura especializada, caracterizada como revisão

bibliográfica, que se desenvolveu no mês de janeiro/2022, mediante consulta no acervo, em bases de dados indexados à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), onde se buscou produções literárias, através de descritores disponíveis no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), a saber: “Ação comunicativa em Habermas” e “humanização”. Também foram utilizados livros e revistas científicas.

Apresentando reflexões de novas pesquisas desenvolvidos nos últimos 05 anos, através da seleção de artigos publicados entre 2017 e 2022, disponibilizados em seus textos completos em todas as bases que compõem a BVS, nos seguintes idiomas: inglês, espanhol e português. Após aplicação dos filtros acima, foram selecionados dose artigos que abordam a Teoria da Ação Comunicativa.

As leituras inerentes ao assunto suscitam inúmeras reflexões, que nos remetem questões filosóficas. Essa pesquisa bibliográfica representa, também, um recorte de uma dissertação de mestrado, na qual é abordada a Teoria da Ação Comunicativa de Habermas e suas contribuições para humanização.

Com base nas reflexões dos autores procuramos estabelecer conexões que nos levem a uma interpretação inerente a temática, que nos leve ao interesse para o desenvolvimento de estudos mais aprofundados, bem como proporcionar conhecimentos que venha aprimorar as ações na vida em seu campo prático. É sempre enriquecedor pesquisar e discutir filosofia, que possam está proporcionando crescimento na vida, tanto pessoal como profissional.

ABORDAGEM DISCURSIVA

Constata-se, que a racionalidade pode viabilizar ações comunicativa, de forma consensual na área da saúde, através da busca de soluções em parceria, sendo bastante promissor aos usuários, gestores, profissionais, bem como ao Estado (SCHUBERT; GEDRAT, 2016).

Freitag (2005), entende que o filósofo teve o intuito de construir uma nova teoria, partindo de novos conceitos de razão e sociedade, onde uma “razão comunicativa” e uma sociedade, ambos integrantes de um “sistema” e o “mundo vivido”. Nesse contexto, o sistema representa o mundo econômico e político, compreendendo a reprodução material e o trabalho. E o mundo vivido engloba as reproduções simbólicas da interação, constituída pela experiência comum a todos os atores, bem como a forma que estes vivenciam e percebem a realidade social.

Esta última pode ser abordada sob duas facetas: a da continuidade constante nas afirmativas intuitivas, e a segunda contempla as mudanças e questionamentos pertinentes a estas afirmativas. Enfim, “o mundo vivido constitui o espaço social em que a ação comunicativa permite a realização da razão comunicativa calcada no diálogo e na força do melhor argumento

em contextos interativos, livres de coação” (FREITAG, 2005).

Compreende-se também a Ação comunicativa racional, como sendo uma estrutura de situação ideal de comunicação, acontecendo mediante uso de argumentos racionais, numa perspectiva de entendimento mútuo, no intuito de solucionar problemas, regulando o poder e o dinheiro (CAMPOS; FÍGARO, 2021).

Essa teoria envolve a intersubjetividade comunicativa, que requer dos falantes e ouvintes um acordo livre de qualquer coação. A evolução humana ocorre mediante desenvolvimento da autoconsciência, da capacidade produtiva, da emancipação dos sujeitos livres capazes de linguagem e ação. Habermas (2003) aborda que o mundo da vida comum em cada caso oferece uma provisão de obviedades culturais, entendendo que, os participantes da comunicação fazem seus esforços de interpretação dos modelos de exegese consentidos.

Para Carvalho *et al.* (2017), existe uma importância, em se viabilizar o agir comunicativo e a racionalidade comunicativa no campo da prática, de forma a rotineira, proporcionando o aprimoramento de habilidades, imprescindíveis ao pensador crítico, sobretudo nos ambientes acadêmicos, a partir de discussões relacionadas a acontecimentos comuns no cotidiano da Enfermagem, proporcionando enriquecimento desta, enquanto profissão e disciplina.

Entendendo que nessa filosofia, é oportunizado aos sujeitos situações propícias a emancipação, onde a lógica se reverte, numa perspectiva de que a ação no mundo real se desenrola, sob a ótica de sistema, o que representa a prática da capacidade emancipatória (DANTAS, 2017). O processo de emancipação não é algo estático, e sim dinâmico, favorável às transformações da identidade dos sujeitos, em diferentes momentos da vida.

Ressalta-se, outrossim, que no agir comunicativo os sujeitos podem engendrar o consenso e emancipação através das ações, sendo capazes de interação, e essas são utilizadas como instrumento para o desenvolvimento das relações históricas.

A divisão local e internacional do trabalho impõe novas descentrações que tem como resultado o planejamento dos processos societários, transparecendo certa complexidade, contudo, acompanhada de crescente intransparência, sendo imperativa com isto, a introdução de processos argumentativos, representados pelos discursos, encontrando-se com isto novos princípios de estruturação universal das sociedades futuras (FREITAG, 2005).

Nesta análise, as referidas descentrações podem gerar um aprendizado coletivo, em que fica explícito a capacidade de manejo e maior direcionamento das formações societárias.

Habermas (2007), aborda ainda a veracidade dos discursos, calcada em princípios de justiça, os quais são elaborados por especialistas, como algo institucionalizado por uma constituição democrática, se aplicando de forma distributiva, e as controvérsias são avaliadas democraticamente, agindo de maneira que a decisão final seja emergente de todos os cidadãos.

A ideologia da veracidade dos discursos fornece subsídios para o estabelecimento de relações, de forma saudável, com reciprocidade mútua, sem prejuízos, se desenrolando com muito respeito. Nesse sentido, algumas pesquisas têm contemplado esse discurso, como Souza *et al* (2020), que identifica em sua pesquisa que falhas na comunicação, intercâmbio e articulação entre os setores, advém do desconhecimento de gestores e profissionais acerca de determinados conceitos, dificulta a organização e articulação Inter setorial, impedindo o desenvolvimento de atividades e planejamento dessas em conjunto, sendo notório a fragmentação do serviço.

Habermas (2003) o trabalho está no sistema, e este engloba a economia e o estado, defendendo que a ciência e a técnica ampliam as possibilidades humanas, libertando o homem das necessidades materiais, ao mesmo tempo que compreende a evolução, como resultado de um processo histórico de desenvolvimento tecnológico institucional e cultural, os quais são independentes.

A ação comunicativa em Habermas (2004), no que se refere aos discursos, alimenta uma ideologia de troca de experiências de maneira sóbria, verdadeira, assegurando a participação de todos no processo, abrangendo a intersubjetividade comunicativa, com liberdade de expressão, numa linguagem argumentativa, afim de estabelecer consensos.

Essa Teoria contribui para sustentação para o desenvolvimento da saúde com humanização, tendo em vista que esta prevê o desenvolvimento das ações em saúde, de forma que se atenda o indivíduo em sua totalidade, sendo percebido em suas várias dimensões a saber: psicológica, biológica, social e econômica.

Ferreira; Artmann (2018) elenca os três mundos de Habermas como definidores da realidade humana, que considera o meio físico, social e o subjetivo. Assim, são as dimensões do homem, o primeiro engloba o indivíduo inserido no ambiente físico, numa abordagem mais objetiva. No segundo estaria o ser social envolvido às normatizações sociais e culturais peculiares a cada grupo. O terceiro percebe a subjetividade humana inerente a individualidade de cada um.

A vida é representada por pré-interpretações que direcionam ações humanas, a partir de valores culturais, sociais, além daqueles inerentes a personalidade; ambos se apresentam pela articulação da linguagem. Deste modo se desenvolve as relações humanas na vida cotidiana (FERREIRA; ARTMANN, 2018).

Na área de administração, a Teoria da ação comunicativa também tem sido relevante, possibilitando estudos acerca da construção do diálogo público, através da prática de formas participativas da sociedade. Dá ênfase à emancipação no âmbito da administração pública (SANT'ANNA *et al.*, 2019).

Compreende ainda que, durante o diálogo o indivíduo representa um meio de alcance de um objetivo, sendo crucial a racionalidade instrumental. O entendimento mútuo é o que se

espera alcançar mediante pretensões de verdade, veracidade, retidão e inelegibilidade, então é aí que se desenrola a racionalidade comunicativa (SANT'ANNA *et al.*, 2019).

O conhecimento dialógico e a racionalidade comunicativa são coletivos e organizados. Os participantes exercem seu direito existencial de dizer a sua palavra, respeitando o diálogo com os outros. Desse modo, visões de mundo são compartilhadas e discutidas, não há imposições, e sim um processo de construção coletiva.

Para Carvalho *et al.* (2017), os participantes de um discurso incorporam seu direito existencial de exteriorizar sua palavra, com respeito, dialogando com os demais; expondo visões de mundo, de modo compartilhado, discutindo coletivamente, de onde resultam os consensos, concorrendo para o conhecimento dialógico e a racionalidade comunicativa, numa perspectiva coletiva e organizada.

Com isso, é notória as contribuições dessa Teoria para a construção do conhecimento, evolução da ciência e da tecnologia, em um ambiente harmonioso, interagindo entre si, sem imposições. O Brasil representa hoje, um cenário de grandes desajustes, sobretudo na vida social e política, bem como no campo científico, e os avanços tecnológicos não param. Portanto, é importante estudos sobre uma filosofia que valoriza a subjetividade humana, fornecendo subsídios para o agir de maneira participativa e consensual.

A HUMANIZAÇÃO NO ÂMBITO DA SAÚDE

A humanização é um processo que pressupõe uma satisfação mútua, em que há uma busca incansável de conforto psíquico, espiritual e físico do cliente usuário, da família e dos profissionais que atende. Numa visão mais ampla dessa questão, engloba o ambiente físico e os atores que atuam neste ambiente, além da maneira como se desenvolvem os processos. Cabendo à instituição estimular a aplicação de estratégias, para atender a todos os personagens imbricados no ambiente de trabalho, contemplando as necessidades tanto do cliente interno, como do cliente externo.

Concordamos com Ferreira e Artmann (2018) quando afirmam que, a prática da humanização na área da saúde sempre esteve presente, sendo exercida de alguma forma, independente de programas ou de política, contudo, acredito que, essas ações não aconteciam de maneira rotineira, e sim isoladamente, nada mais efetivo, e no que se refere aos profissionais quase não se percebia atitudes de humanização.

A implementação da PNH, impõe às unidades de saúde a garantia de uma gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores (BRASIL,2004).

Ressalta-se ademais, compromisso do Ministério da saúde em qualificar os princípios do SUS, ao mesmo tempo em que impõe a todos a tarefa de definição de núcleos de responsabilidades e competências.

Cabe lembrar que para qualificação e credibilidade dos serviços de saúde, é imperativo pensar na viabilização da humanização, considerando a satisfação dos atores envolvidos nesse processo e isso requer uma atenção contínua. No que se refere ao trabalhador da saúde, a satisfação se dá, principalmente, mediante a valorização no ambiente de labuta, do ponto de vista mais abrangente, e por meio da capacitação dos sujeitos.

O que é crucial saber para prestar uma assistência humanizada, concerne na vivência profissional, demonstrando conhecimento científico, atendendo de forma equânime e integral. Essa prática requer um pouco de equilíbrio, onde o agir comunicativo estabelece relações entre coordenação da atenção, incluindo todas as tecnologias disponíveis, considerando a Ação comunicativa, como uma teoria capaz de articular os vários tipos de ações (FERREIRA; ARTMANN, 2018).

Para Carvalho *et al.* (2017) o saber dialógico e da racionalidade comunicativa se apresentam de forma organizada e coletivamente, onde há uma participação, em que todos exercem o direito da palavra, de forma igualitária, compartilhando experiências e saberes, de forma harmonizada, livre de imposições.

No que se refere a assistência direta de Enfermagem, é uma atividade que acumula muito stress e ansiedade, convivendo com o sofrimento dos clientes usuários, sentimento de perda, entre outros. De um modo geral, o ambiente hospitalar, constitui fatores que influenciam diretamente na saúde física e mental dos profissionais de saúde, bem como de seus usuários, existindo lacunas no condicionamento gerencial no sentido de amenizar esses fatores, sendo emergentes discussões inerentes ao desgaste físico e mental.

A implantação dessa política em todos os serviços de saúde, seja público ou privado, é uma das exigências do Sistema Único de Saúde- SUS. Implantado desde 1988, de maneira formal, após deliberação pela Constituição Federal. Contudo, a participação e envolvimento multidisciplinar neste processo de maneira efetiva ainda representa um entrave na prática de suas diretrizes.

A viabilização dessa política requer a participação de vários setores, a saber: administração central, gestores locais, corpo técnico, representações dos servidores e o próprio servidor como agente proativo deste processo. No entanto, faz-se necessária uma compreensão acurada acerca do específico e do geral, indivíduo e coletividade no processo saúde-doença, considerando o servidor em suas peculiaridades, Interrelações e dinâmicas no meio laboral.

O SUS tem como princípio norteador também a retomada da subjetividade coletiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, revigorando a cidadania, sem discriminação de

cor/etnia, orientação/expressão sexual e de segmentos específicos (BRASIL, 2004).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É viável a aplicabilidade dessa teoria, considerando a democracia da linguagem e ação proposta. Hoje existe certa descridibilidade nos discursos, uma vez que na maioria deles o que prevalece é a ideologia dominante, sem valorizar os argumentos das diversas posições. Contudo, a democracia deve ser praticada na cidadania dos sujeitos, em que cada um faz a sua parte, no intuito de fazer valer os seus direitos.

O agir comunicativo propõe um respeito mútuo, tolerância e convívio pleno com as diferenças, considerando os conflitos construtivos entre os trabalhadores da saúde, numa perspectiva de comunicação e interação entre os sujeitos.

Deste modo a participação dos profissionais de saúde em todos os momentos do processo, desde a elaboração até a execução, sendo planejada coletivamente, por meio de discussões, organizando e avaliando atividades, isso representa um aspecto do trabalho em equipe, norteado pela divisão do trabalho a partir da aplicabilidade das ações comuns.

A PNH corrobora, com o trabalho em equipe multiprofissional, considerando a transversalidade e a grupalidade, apoia a construção de redes cooperativas, comprometidas com a produção de saúde e dos sujeitos, democratização das relações de trabalho e valorização dos trabalhadores da saúde, bem como organização dos espaços de trabalho.

A Ação comunicativa em Habermas contribui, conforme já foi exposto, para o desenvolvimento e organização das relações interpessoais equilibradas no ambiente de trabalho sendo fundamentais, em especial para equipe de saúde que assiste o cliente, estando na maioria das vezes, fragilizadas devido à doença.

Os apontamentos se dão mediante comparações, proporcionando conhecimento do real do real, através das palavras ditas. Estimula um raciocínio lógico, atentando para às necessidades de cada pergunta formulada, ao mesmo tempo que proporciona esclarecimentos quanto a termos desconhecidos. E a validação sugere a repetição da mensagem transmitida na tentativa de uma confirmação, e enfim impulsionar o outro a expor o que ficou entendido da mensagem passada.

Essa Política exige a participação de vários setores envolvidos; administração central, gestores locais, corpo técnico, representações dos servidores e o próprio servidor como agente pró ativo deste processo. No entanto se faz necessário uma compreensão acurada acerca do específico e do geral, indivíduo e coletividade no processo saúde-doença, considerando o

trabalhador em suas peculiaridades, Inter-relações e dinâmicas no meio laboral.

A prática da humanização atenua o desgaste físico e mental de todos os participantes, contudo, não é tão simples, requer preparo, bem como um ambiente que favoreça ao desenvolvimento de habilidades, de forma organizada. O agir comunicativo pode subsidiar essa prática.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004.

CAMPOS, C.F.C.; FÍGARO, R. A Relação Médico-Paciente vista sob o Olhar da Comunicação e Trabalho. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 16, n. 43, p. 2352-2352, 2021.

CARVALHO, D.P.S.R.P.; *et al.* Teoria da ação comunicativa: subsídio para o desenvolvimento do pensamento crítico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, p. 1343-1346, 2017.

DANTAS, S.S. Identidade política e projetos de vida: uma contribuição à teoria de Ciampa. **Psicologia & Sociedade**, v. 29, 2017.

FERREIRA, L.R.; ARTMANN, E. Discursos sobre humanização: profissionais e usuários em uma instituição complexa de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1437-1450, 2018.

FREITAG, B. **Dialogando com Jürgen Habermas**. Rio de Janeiro: ed. Tempo Brasileiro, 2005.

HABERMAS, J. **A Ética da discussão e a questão da verdade**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

HABERMAS, J. **A inclusão do outro: estudos da teoria política**. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

HABERMAS, J. **Consciência moral e agir comunicativo**. 2.ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.

SANT'ANNA, L.T.; *et al.* Aproximações entre governança colaborativa e ação comunicativa: uma proposta analítica de estudo. **Revista de Administração Pública**, v. 53, p. 821-837, 2019.

SCHUBERT, C.; GEDRAT, D.C. Racionalidade comunicativa como meio de promover relações humanizadas no campo da saúde: um olhar segundo Habermas. **Aletheia**, v. 49, n. 2, p. 64-75, 2016.

SOUZA, L.B.; *et al.* As iniquidades sociais da Atenção Primária à Saúde e a intersetorialidade: um estudo descritivo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, p. 1-8, 2020.

ALÉM DO FOGO: AS DIFICULDADES ENFRENTADAS PÓS-QUEIMADURA NO RETORNO AO TRABALHO

Dalyane Louise de Araújo Medeiros
Suely Araújo de Souza
Cecília Nogueira Valença

INTRODUÇÃO

A maioria dos acidentes envolvendo queimaduras são ocasionadas por líquidos ou superfícies superaquecidas, fogo propriamente dito, como também pode ocorrer através de produtos químicos, radioatividade ou eletricidade (MALTA *et al.*, 2015).

As queimaduras podem ser de 1º grau, quando são dolorosas, duram de 48 a 72 horas e não há comprometimento hemodinâmico, mas, há comprometimento da epiderme. As de 2º grau podem ser superficiais ou profundas, atingem a derme e a epiderme, também caracterizadas pelo aparecimento de bolhas nas lesões. A lesão superficial atinge a derme e a epiderme parcialmente, evidenciando-se por dor e eritema, já a queimadura de segundo grau profunda, atinge a epiderme e a derme quase que em sua totalidade, causando dor e lesões mais claras. As de 3º grau a pele é geralmente destruída, com danos profundos, capazes de ultrapassar as camadas da pele e atingir tecido adiposo, músculos, ossos e até órgãos internos, que acabam levando a alteração hemodinâmica, e acaba por necessitar de cirurgia para aproximação das bordas das feridas ou de enxertia cutânea, este pode ser o grau de maior gravidade (CARDOSO; SILVA, 2020).

São constituídas como um problema de saúde pública no Brasil e denominam-se de grande relevância epidemiológica, sendo consideradas as principais causas externas de morbimortalidade (MESCHIAL; OLIVEIRA, 2014). Caracterizando-se como a terceira causa de mortalidade por causas externas no país (OLIVEIRA; MOREIRA; GOLÇALVES, 2012).

Apesar de atualmente os níveis de morte por queimaduras diminuírem, os problemas relacionados a cicatrizes aumentam, pois, as pessoas sobrevivem ao trauma, mas, as marcas desse acontecimento acompanham esses indivíduos trazendo infortúnios no seu aspecto físico e psicológico, afetando a sua qualidade de vida (WISEMAN, 2017).

As queimaduras trazem diversas cicatrizes pelo corpo, culminando em sequelas físicas, funcionais que são um verdadeiro desafio para a reinserção social do indivíduo. As cicatrizes hipertróficas geralmente resultantes de queimaduras em extensas áreas corporais geram

bastante dor, prurido e contraturas no tecido lesionado, levando a diminuição de movimentos e insatisfação pela limitação de movimentos (FINNERTY *et al.*, 2016).

O ocorrido é abrupto, tudo vem a acontecer de forma repentina e inesperada, além de exigir atendimento rápido e de alta complexidade tendo em vista que o estado do paciente acometido por queimaduras é caracterizado como crítico. Em vista disso, o indivíduo que antes se encontrava ativo economicamente, com todas as suas funções vitais normais agora passa por um enfrentamento da hospitalização decorrente das queimaduras e da reabilitação de suas funções vitais, submetendo-se a diversos procedimentos sejam eles invasivos e cirúrgicos (FINNERTY *et al.*, 2016).

De acordo com Mendes e Figueiras (2013), o impacto da queimadura passa a fazer parte do indivíduo no momento da lesão e se perpetua por toda a vida. Desse modo o impacto dessas lesões deve ser entendido na perspectiva do paciente com vistas em melhor compreendê-lo para contribuir com uma boa assistência (WISEMAN, 2017).

Nesse sentido, objetivamos com esse estudo, compreender as dificuldades enfrentadas pelos pacientes pós-queimadura no que diz respeito ao retorno para o trabalho.

METODOLOGIA

Realizamos uma revisão de literatura sobre a temática através de levantamento, seleção, fichamento e arquivamento de conhecimentos a respeito do tema (AMARAL, 2007).

Buscamos artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais, dispostos nas bases de dados: *Scientific Electronic Library Online (Scielo)*, *PubMed*, sendo utilizados como estratégia de busca os Descritores em Ciências da Saúde: qualidade de vida, queimaduras e reabilitação. Mediante os seguintes critérios de inclusão: publicações realizadas entre os anos de 2015 e 2020, idioma português ou inglês, textos completos, gratuitos e disponíveis em versão impressa ou eletrônica. Além disso, foi feito levantamento de dados em manuais e em livros para compor a discussão. Ao final, foram selecionados 14 artigos que foram minuciosamente avaliados pelas pesquisadoras, além da seleção de cinco livros.

A revisão de literatura permitiu avaliar estudos com diferentes metodologias em um único trabalho, elaborando uma nova visão ao tema em evidência. Para o desenvolvimento da referida revisão de literatura, foram seguidas as seguintes etapas: 1- estabelecimento da questão norteadora da revisão; 2- seleção dos artigos e critérios de inclusão; 3- extração dos artigos incluídos na revisão; 4- avaliação dos estudos incluídos na revisão de literatura; 5- interpretações dos resultados e 6- apresentação da revisão de literatura.

Os assuntos mais abordados relacionados aos estudos explorados foram os fatores biopsicossociais que favorecem o impacto no retorno ao trabalho do paciente acometido pelo trauma da queimadura. Dentre os quais se destacaram as dores físicas devido ao processo do trauma, longos processos de internação hospitalar, coceira crônica no local da lesão, contraturas, tratamento e reabilitação, fatores psicológicos como a dificuldade de reinserção na sociedade, transtorno do estresse pós traumático e limitações impostas pós trauma como a perda da capacidade funcional e física, além do estigma e preconceito enfrentados por esses pacientes que não mais se inserem nos padrões definidos pela sociedade.

A revisão foi dividida em três eixos de análise: aspectos biológicos, aspectos psicológicos e aspectos sociais inerentes ao processo de acometimento por queimaduras que refletem no retorno do sujeito ao trabalho, além das estratégias de enfrentamento e recuperação.

ASPECTOS BIOLÓGICOS DA QUEIMADURA

Em decorrência da queimadura as sequelas físicas desencadeiam limitações que dificultam o potencial do indivíduo no seu retorno as suas atividades. Problemas como a falta de agilidade e a sensibilidade da pele acabam por afetar a qualidade de vida e funcionalidade da pessoa que agora encontra limitações para diversas atividades, inclusive para o retorno ao trabalho (ROCHA *et al.*, 2016).

O grupo de pacientes que sofrem queimaduras é bastante heterogêneo, desde indivíduos que necessitam apenas de acompanhamento ambulatorial àqueles que precisam de tratamento em unidade de terapia intensiva. Também acometem pacientes que já apresentavam as mais diversas condições clínicas anteriormente à queimadura e, mesmo os indivíduos que antes eram saudáveis podem apresentar uma ampla gama de situações clínicas, pois, a lesão pode levar a alterações sistêmicas importantes e a evolução vai depender da reserva clínica que o paciente apresentava antes do acidente (ECHEVARRÍA-GUANILO *et al.*, 2016).

Dentre os estudos selecionados podemos notar uma constante no que diz respeito ao momento após a alta hospitalar relacionada as limitações físicas e psíquicas causadas pela queimadura e como elas diminuem a qualidade de vida de quem sofre esse trauma.

Dentre as lesões que mais acometeram a funcionalidade desses indivíduos, estão atividades do dia-a-dia como o vestir-se, tomar banho e amarrar sapatos, relacionadas às queimaduras de mão, determinam graves limitações aos pacientes, pela importante função que o membro exerce, queimaduras menores das mãos podem resultar somente em incapacidade temporária. Contudo, o tratamento inadequado e a ausência de exercícios de reabilitação após as queimaduras, inevitavelmente, resultam em contraturas que prejudicam a capacidade funcional

da região do corpo afetada (DORNELAS; FERREIRA; CAZARIM, 2009).

A extensão e profundidade da queimadura interferem na magnitude do comprometimento das funções do paciente. A pele pós-queimada, curada recentemente, é frágil, seca e suscetível à queimadura de sol e isso explica o fato de a maior parte dos sujeitos acharem que a pele está mais sensível agora do que antes.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA QUEIMADURA

Várias são as complicações oriundas do acometimento por queimadura, dentre elas estão: dificuldades no retorno as atividades de vida diária e isso inclui o afastamento do trabalho devido a algumas barreiras que impedem o seu retorno como a dor, mobilidade prejudicada e os problemas psicológicos (REICHARD *et al.*, 2015).

O retorno ao trabalho apresenta como principais barreiras as habilidades físicas comprometidas, as próprias condições de trabalho e os fatores psicossociais, bem como os problemas com a aparência. Nesse sentido, destaca-se que a melhora da qualidade da pele, em especial da face, contribui para a reintegração dos pacientes (RICCI *et al.*, 2015).

A queimadura, principalmente em partes do corpo que ficam expostas, provoca diminuição da autoestima e turbilhonamento de emoções. A pessoa que sofre queimadura se sente exposta tanto pela lesão da pele, que a expõe a patógenos, deformações, perda de líquidos e risco de morte, quanto pelo sentimento de impotência e culpa pelo acidente. Além de ser submetido a discriminação, agressões visuais e verbais, ansiedade, depressão, pena, vergonha, desgosto, raiva e comportamento introspectivo.

O desfiguramento, caracterizado por alterações na aparência ocasionado pelo trauma da queimadura, pode vir a causar rejeição, isolamento social, além do déficit de autoestima, da depressão e da estigmatização, uma vez que a mudança na aparência pode ser julgada como fora dos padrões pré-definidos socialmente. De acordo com as pessoas queimadas existem dois pontos críticos em relação as alterações em sua imagem: quando se observam frente ao espelho ou quando percebem o olhar das pessoas. Esses indivíduos queimados quando recebem a alta hospitalar passam a sofrer com as consequências inerentes ao convívio social (FREITAS *et al.*, 2014).

Outros vários autores relatam que a marca da queimadura atua como uma anotação permanente que funciona disparando, desencadeando lembranças e sofrimento, pois ao ver a marca lembra-se automaticamente do acontecimento que culminou nas lesões marcadas no corpo (ROSSI *et al.*, 2009).

Estudos relacionados ao paciente queimado apontam que pessoas que sofreram lesões significativas por queimadura podem apresentar Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT), dificuldades com a aparência corporal, pois as queimaduras geralmente causam alterações no corpo que culminam em desfiguração, ou seja, mudanças visíveis em seu corpo. O ato de olhar para o corpo ou de falar sobre a queimadura em si é como voltar ao momento, rememorar o trauma, porém essa aceitação foi sendo desenvolvida ao longo do tempo, de acordo com os sujeitos da pesquisa. Ainda são poucos os estudos relacionados a alterações na aparência de pessoas que sofreram queimaduras (MACLEOD *et al.*, 2016).

ASPECTOS SOCIAIS DA QUEIMADURA

O desfiguramento acaba por causar estigma e solidão, tornando difíceis as interações sociais, déficit de imagem corporal e autoconfiança. Em relação ao medo, déficit de autoimagem e estresse emocional, esses muitas vezes estão interligados aos vários procedimentos cirúrgicos a que o paciente precisa submeter-se, além das várias e dolorosas cicatrizes pelo corpo (MENDES; FIGUEIRAS, 2013).

O trauma da queimadura vai além de uma lesão de pele, ele pode impactar profundamente na qualidade de vida dos indivíduos acometidos, levando a limitações físicas e sociais, distúrbios de imagem, traumas psicológicos, ou seja, o sujeito sobrevive, terá um longo caminho de recuperação e isso culmina em “morte social” uma vez que o tratamento requer longos períodos de internação e conseqüentemente, isolamento do mundo social (SILVA *et al.*, 2015).

Nos últimos tempos há sobrevida dos pacientes vítimas de queimaduras e o período de hospitalização e recuperação é longo e afasta o sujeito de seu convívio familiar e social (SILVA *et al.*, 2014)

A recuperação pós queimadura demanda uma maior frequência do sujeito nos serviços de saúde, mesmo após a alta hospitalar, o que pode gerar implicações não somente no distanciamento de casa e da rotina de trabalho, como também podem surgir as implicações financeiras (PASSOS; NITSCHKE, 2015).

Queimaduras são consideradas um problema de saúde pública tendo em vista o longo período de internação, o processo de recuperação lento e doloroso, repercutindo em ônus social e econômico para o Estado, para a vítima e para os seus familiares (MESCHIAL; OLIVEIRA, 2014).

A literatura nacional e internacional aponta que as queimaduras além de ocasionar o afastamento do trabalho, muitas vezes essas queimaduras ocorrem no ambiente laboral; acidentes ocupacionais geram custos principalmente no que concerne ao período de internação e reabilitação dos sujeitos vítimas desses infortúnios e, uma forma de se minimizar a ocorrências

de queimaduras, são as iniciativas de prevenção (MESCHIAL *et al.*, 2017).

CONCLUSÃO

Em se tratando de paciente queimado há um consenso com relação aos impactos nos âmbitos biológico, psicológico e social que repercutem na qualidade de vida dos indivíduos, seja no ambiente hospitalar ou no pós-alta.

Os traumas resultantes da queimadura os acompanham desde o acontecimento por toda a sua vida, influenciando-a em diversos âmbitos. Em decorrência disso, é muito importante que o conhecimento acerca do combate às queimaduras, mediante campanhas de prevenção e tratamento no local do acidente, além do tratamento clínico e cirúrgico, o entendimento das complicações e das sequelas, aperfeiçoamento da reabilitação, estejam em constante evolução e que esta atenção à qualidade de vida seja dada em todas as fases para que assim o paciente pós-alta hospitalar possa retornar ao convívio social e laboral normal como antes do acidente ou o mais semelhante possível.

Acidentes envolvendo queimaduras são torturantes e levam a danos físicos, psicológicos e socioeconômicos e é um problema que pode ser evitado com iniciativas de criação de políticas públicas e de prevenção nas comunidades, nas escolas e na mídia.

REFERÊNCIAS

AMARAL, J.J.F. **Como fazer uma pesquisa bibliográfica**. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará, 2007.

CARDOSO, E.K.; SILVA, T.S.L. Atuação do Fisioterapeuta em Pacientes Queimados Graves. **Perspectiva: Ciência e Saúde**, v. 5, n. 1, p. 19-33, 2020.

DORNELAS, M.T.; FERREIRA, A.P.R.; CAZARIM, D.B. Tratamento das queimaduras em áreas especiais. **HU Revista**, v.35, n.2, p.119-126, 2009.

FINNERTY, C.C.; *et al.* Hypertrophic scarring: the greatest unmet challenge following burn injury. **HHS Public Access**., v. 388, n. 1052, p. 1427-1436, 2016.

FREITAS, N.O.; *et al.* Tradução e adaptação transcultural do Perceived Stigmatization Questionnaire para vítimas de queimaduras no Brasil. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 1, p. 25-33, 2014.

MACLEOD, R.; *et al.* This is a repository copy of Posttraumatic stress symptomatology and appearance distress following burn injury: An interpretative phenomenological analysis. **White Rose Research**., v. 35, n. 11, p. 1197-1204, 2016.

MALTA, D.C.; *et al.* Atendimentos por acidentes e violências na infância em serviços de emergências pública. **Cad Saúde Pública**, v. 3, n. 5, p. 1095-1105, 2015.

MENDES, J.C.S.; FIGUEIRAS, M.J. Desfiguramento facial adquirido: breve revisão narrativa. **Revista Psicologia, saúde e doenças**, v. 14, n. 3, p. 484-501, 2013.

MESCHIAL, W.C.; *et al.* Queimadura Química em Ambiente de Trabalho: Relato de Caso Fatal. **Rev enferm UFPE on line**., v. 11, n.6, p. 2466-72, 2017.

MESCHIAL, W.C.; OLIVEIRA, M.L.F. Atendimento inicial ao queimado: conhecimento de estudantes de enfermagem: estudo transversal. **Online brazilian journal of nursing**, v. 13, n.4, p. 518-28, 2014.

OLIVEIRA, T.S.; MOREIRA, K.F.A.; GONÇALVES, T.A. Assistência de enfermagem com pacientes queimados. **Rev Bras Queimaduras**, v.11, n.1, p. 31-37, 2012.

PASSOS, P.A.; NITSCHKE, R.G. Cotidiano do familiar acompanhante durante a hospitalização de um membro da família. **Acta Paul Enferm**, v. 28, n.6, p. 539-545, 2015.

REICHARD, A.A.; KONDA, S.; JACKSON, L.L. Queimaduras ocupacionais tratadas em departamentos de emergência. **Am J Ind Med**., v. 58 n. 3, p. 290-298, 2015.

REWORÊDO, L.S.; *et al.* O uso da técnica Delphi em saúde: uma revisão integrativa de estudos brasileiros. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 22, n. 2, p. 16-21, 2015.

RICCI, F.P.F.M.; *et al.* Perfil epidemiológico dos pacientes com queimadura em membros superiores atendidos em uma Unidade de Queimados terciária. **Rev Bras Queimaduras**, v. 14, n.1, p. 10-13, 2015.

ROCHA, J.L.F.N.; *et al.* Qualidade de vida dos pacientes com sequelas de queimaduras atendidos no ambulatório da unidade de queimados do Hospital Regional da Asa Norte. **Rev Bras Queimaduras**, v. 15, n. 1, p. 3-7, 2016.

SCHIAVON, V.D.C.; *et al.* Reabilitação e retorno ao trabalho após queimaduras ocupacionais. **R Enferm Cent O Min**, v. 4, n. 1, p. 929-939, 2014.

WISEMAN, J. Effectiveness of topical silicone gel and pressure garment therapy for burn scar prevention and management in children: study protocol for a randomised controlled trial. **Bio Med Central**, v.18, p. 72-75, 2017.

CONTRIBUIÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA O ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DE COVID-19

Brunno Alves de Lucena
Cecília Nogueira Valença
José Adailton da Silva

INTRODUÇÃO

A doença de COVID-19 (Coronavirus Disease 2019) é uma infecção respiratória provocada pelo Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-CoV-2) (SCHUCHMANN *et al.*, 2020). A doença foi identificada em dezembro de 2019, após um surto de pneumonia de causa desconhecida, envolvendo casos de pessoas que tinham em comum o Mercado Atacadista de Frutos do Mar em Wuhan na China, e definida, até então, como uma epidemia (SIFUENTES-RODRÍGUEZ *et al.*, 2020).

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu a COVID-19 como situação pandêmica (SCHMIDT *et al.*, 2020). Neste contexto, o status da doença se alterou pelo aumento da taxa de transmissibilidade do vírus e sua propagação em nível mundial.

Na América Latina, o primeiro caso foi notificado no Brasil em 26 de fevereiro de 2020 pelo Ministério da Saúde do Brasil (LIMA *et al.*, 2020). Até a data da redação deste estudo, 24.01.2021, foram confirmados 96.218.601 casos confirmados e 2.058.534 mortes causadas pela doença em todo o mundo. No Brasil, na mesma data, foram confirmados 8.816.254 casos e 216.445 óbitos, se tornando o terceiro país com o maior número de casos confirmados, abaixo somente dos Estados Unidos, e da Índia conforme dados divulgados pela OMS (WHO, 2020a).

Porém, a carência de conhecimento sobre as formas de transmissão e o papel dos portadores assintomáticos na difusão do SARS-CoV-2, associado à inexistência de vacinas e alternativas terapêuticas específicas, têm provocado pesquisadores, gestores da saúde e governantes na busca de alternativas de saúde não farmacológicas, que diminuam o ritmo de expansão, de modo a evitar o colapso dos sistemas de saúde e permitir o tratamento oportuno de complicações graves, bem como evitar mortes.

Este cenário pandêmico aponta que, além dos hospitais e Unidades de Pronto Atendimento (UPA's), a Atenção Primária a Saúde (APS) desempenha um papel decisivo na prevenção e no controle da transmissão da COVID-19, dada a sua capilaridade em todo território nacional

centralidade para o cuidado e para a garantia da saúde da população (DUNLOP *et al.*, 2020).

A atuação da APS se dar em articulação com diversos níveis de atenção e ofertam o maior e mais eficiente acesso a esses setores, reduzindo os procedimentos especializados, que por vezes são desnecessários e potencialmente danosos, ampliando a perspectiva para prevenção e promoção da saúde, minimizando a mortalidade, e oferecendo a maior eficácia no atendimento à saúde da população (STARFIELD, 2008).

Desse modo, a APS é considerada um importante recurso frente às situações emergenciais, tais quais as epidemias de dengue, zika vírus, febre amarela, Chikungunya (WHO, 2018) e, no momento presente, a COVID-19. Se por um lado a APS possui uma pequena capacidade para inferir sobre a letalidade dos casos graves, uma APS organizada, potente, e com recursos humanos qualificado e em número suficiente para cooperar para reduzir a incidência da infecção na população adscrita, com impacto direto na minimização da morbimortalidade.

Por meio de ações de caráter comunitário, a APS pode contribuir para a redução da disseminação da infecção, monitorar os casos leves que estão em isolamento domiciliar, oferecer apoio as comunidades durante o distanciamento social, identificar e conduzir situações de vulnerabilidade individual ou coletiva e, principalmente, garantir o acesso a cuidados de saúde e o necessário encaminhamento nas fases mais críticas da epidemia de SARS-COV-2 (STARFIELD *et al.*, 2020).

Assim, a APS ocupa um papel central na mitigação dos efeitos da pandemia, mantendo e intensificando todos os seus atributos, tais como o acesso ao primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado e, em especial, a competência cultural e a orientação familiar e comunitária (WHO, 2020b).

As variadas formas de enfrentamento da pandemia da COVID-19 no que diz respeito a participação da APS estão sujeitadas às formas de organização desse nível de atenção e sua inserção nos sistemas nacionais de saúde, além das condições e de políticas locais. Com algumas ressalvas, em virtude da centralidade no nível hospitalar, privou-se oportunizar uma efetiva atuação da APS, uma vez que os estudos indicam que cerca de 80% dos casos confirmados são leves e grande parte desses casos procuram a atenção primária como primeiro acesso na busca de cuidados (OPAS, 2020).

Nessa perspectiva, a APS possui uma função estratégica no enfrentamento da COVID-19, de modo que a partir da atuação desse nível de atenção são fortalecidas as ações de vigilância tendo como enfoque a perspectiva territorial para o desenvolvimento do cuidado em rede.

Este texto se trata de um ensaio teórico, o qual é concebido “como um estudo bem desenvolvido, formal, discursivo e congruente, concludente” (SALVADOR, 1991, p.163), visto que consiste na exposição reflexiva, lógica e argumentativa. Este gênero de trabalho científico permite interpretações e julgamentos dos autores, que possuem liberdade para

defender determinada posição em que se tenha de se apoiar no rigoroso e coletivo aparato de documentação empírica e bibliográfica como acontecia nos tipos anteriores de trabalho. (SEVERINO, 2007).

ACÇÕES DE TERRITORIALIZAÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

O cenário de testagem diagnóstica insuficiente e de inexistência de uma política para estabelecer prioridades para seu uso, acarretou um certo desconhecimento dos movimentos de circulação do vírus. Deste modo, foi necessário que a vigilância epidemiológica atuasse com mais agilidade e efetividade, em todos os territórios onde houveram casos de COVID-19 positivados, utilizando-se de estratégias de ações com vistas a interromper a cadeia de transmissibilidade nas comunidades (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

As ações que articularam medidas na APS de Vigilância Epidemiológica (VE) no contexto da pandemia da COVID-19, se dá por meio da identificação de casos positivos, testagem e busca ativa de contactantes, apoio ao isolamento domiciliar de casos e contactantes; notificação de casos; e ações de educação em saúde que potencializam recursos de comunicação coletiva existentes nos territórios tais como rádios comunitárias, grupos de mensagens, carro de som (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Nesse contexto, um dos grandes desafios impostos aos sistemas de saúde centradas na APS é de fortalecer a articulação da APS com a VE em todos os seus aspectos. Assim, aponta-se que a articulação entre a vigilância epidemiológica e a atenção primária à saúde seja compreendida como uma diretriz organizativa dos respectivos sistemas de saúde. Esta proposta implica uma pactuação entre as esferas envolvidas e financiamento específico, para que a articulação VE-APS se consolide em todos os territórios dos países (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Experiências exitosas dessa natureza são implementadas no Brasil e são exemplos a serem considerados (ABRASCO, 2020). Durante o curso de crise sanitária grave, é necessário é assegurar o respaldo técnico e operacional, o incentivo de recursos e o apoio logístico essencial à implantação e desenvolvimento de ações efetivas de contenção da transmissão comunitária do SARS-CoV-2.

Nesse sentido, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) educadores populares e agentes sociais diversos, são atores estratégicos para realizar esse monitoramento nos territórios. Esses profissionais planejam e realizam as visitas peridomiciliares às famílias de seu território de abrangência, estabelecendo sempre um distanciamento de 2 metros entre o profissional e a pessoa a ser cuidada.

Objetiva-se com essas visitas a realização de orientações acerca do isolamento domiciliar,

identificação precoce de sinais de gravidade da doença, sobre as medidas de preventivas para evitar a disseminação do novo coronavírus e também tem o olhar atento (MARCIEL, 2020) a outras demandas de saúde da população. Estas visitas são fundamentadas em diálogos construtivos de respeito ao saber da população, escuta qualificada, acolhimento e empatia.

TELEATENDIMENTO / TELE MONITORAMENTO

Nesse contexto pandêmico, o uso de tecnologias de informação e telecomunicação foi ampliado para dar suporte aos serviços, atividades de treinamento e de informação em saúde para provedores assistenciais multidisciplinares e para pacientes.

O tele atendimento e o tele monitoramento tem sido um recurso amplamente utilizado no acompanhamento dos casos positivos de COVID-19. Ele permite aos profissionais realizar uma avaliação do estado de saúde dos positivados, mesmo à distância, e é executado como forma de realizar uma triagem, para reduzir a procura desnecessária das unidades de saúde, o que reflete no melhor atendimento àqueles que realmente necessitam (CAETANO, 2020).

Ele funciona também como forma de vínculo entre os profissionais de saúde e o doente, que se sente assistido pelo contato e menos inseguro por estar com uma doença ainda pouco conhecida.

As possibilidades do uso das tecnologias da informação são amplas. Além disso, a flexibilidade dessas tecnologias, podem e devem se adaptar às necessidades em saúde de cada contexto social, proporcionam soluções inovadoras de prestação de serviços de saúde e abrem grandes oportunidades para o seu uso no caso das epidemias, como a da COVID-19 vivenciada neste momento (CAETANO,2020).

Evidências têm mostrado que o uso do tele atendimento e do tele monitoramento pode trazer benefícios, como a redução de tempo de atendimento, dos custos de deslocamento de pacientes e profissionais de saúde, permite ao paciente um contato mais direto e contínuo com o profissional, maior grau de satisfação e autocuidado do paciente e melhorias na qualidade assistencial, ao possibilitar o acesso a especialistas por profissionais de saúde não especializados de áreas remotas (CAETANO,2020).

CONTINUIDADE DOS CUIDADOS DE ROTINA DA APS

Após a pandemia se instaurar nos países que possuem seus sistemas de saúde centrados na APS, diante das várias incertezas e o temor concreto do contágio, observou-se a interrupção das atividades nos Serviços de Saúde da APS e redução significativa no número de atendimentos, cuja continuação acarretaria complicações e problemas devido à falta de cuidado aos portadores de doenças crônicas. Grávidas, crianças menores de cinco anos, hipertensos e diabéticos continuam precisando de atenção e seguimento, ao mesmo tempo que, em parte, constituem os grupos de maior risco para COVID-19 (GUIMARÃES *et al.*, 2020).

Ao longo do curso de crise sanitária, é fundamental dar seguimento aos cuidados de rotina da APS, pois as necessidades permanecem e corre-se o risco de uma agudização dos quadros e um possível aumento da mortalidade por outras causas.

Para dar prosseguimento à atenção, torna-se imprescindível estabelecer novas maneiras de cuidado cotidiano à distância por meio de telefones e aplicativos para acompanhamento individual e de grupos de usuários pelo teleatendimento. É essencial que as unidades de saúde de atenção primária permaneçam com acesso aberto, recebendo casos necessários, mas com restrições, realizando uma triagem dos casos que for possível à distância e diminuindo os atendimentos presenciais (GUIMARÃES *et al.*, 2020).

Os agentes comunitários de saúde, educadores populares e agentes sociais diversos podem oferecer apoio às famílias e monitorar os grupos de risco por meio de visitas peridomiciliares. A possibilidade de realização de visitas domiciliares pelos profissionais médicos e enfermeiros é uma alternativa que deve ser apontada para pacientes com maior gravidade.

Outrossim, é importante assegurar a administração das vacinas de rotina de crianças e gestantes sem oportunizar a população à exposição ao agente patogênico da COVID-19. Pode-se optar pela realização da vacinação em local fora das unidades de saúde, quando a vacinação no interior da unidade for comprometer a segurança dos grupos a vacinar (DAUMAS, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do exposto, é evidente que através das ações da APS, é possível descentralizar os atendimentos, ampliar a testagem para um maior número de casos suspeitos, e realizar a busca ativa de novos casos e o monitoramento de casos confirmados de COVID-19.

Essas ações tendem a potencializar a vigilância epidemiológica e o planejamento das ações de prevenção, monitoramento e controle no território. Além disso, a tradicional capacidade

de promoção de saúde e prevenção que a APS desenvolve tem importância fundamental no controle da pandemia do Coronavírus nos países que possuem seus sistemas de saúde centrados na APS.

A disseminação e o incentivo de medidas de prevenção de contágio (etiqueta respiratória, higiene das mãos, distanciamento social e isolamento domiciliar de casos suspeitos ou confirmados) podem ser realizados pelos profissionais da APS, lançando mão da atuação dos agentes comunitários de saúde, educadores populares e agentes sociais diversos em seus respectivos territórios.

De igual modo, além de garantir a manutenção das ações de rotina da APS, não se pode negligenciar, frente a elevada transmissibilidade do SARS-CoV-2, a urgência das unidades de saúde empregarem medidas de prevenção e proteção de seus profissionais, para que não venham a ser infectados e, também, não se transformem em fontes de contaminação. Sendo imprescindível introduzir inovações tecnológicas ao processo de trabalho e não expor a população e os profissionais a risco de infecção pelo SARS-CoV-2, o que complicaria ainda mais a situação.

REFERÊNCIAS

ABRASCO. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. **Experiência de reorganização da APS para o enfrentamento da COVID-19 em Sobral/CE**. Brasília (DF): ABRASCO, 2020.

CAETANO, R.; *et al.* Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 5, p. 1-10, 2020.

DAUMAS, R.P.; *et al.* O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. **Cad Saúde Pública**, v. 36, n. 6, p. 1-8, 2020.

DUNLOP, C.; *et al.* The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response. **BJGP Open**, v. 4, n. 1, p. 254-275, 2020.

GUIMARÃES, F.G.; *et al.* A organização da atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte no enfrentamento da Pandemia COVID-19: relato de experiência. **APS EM Rev**, v. 2, n. 2, p. 74-82, 2020.

LIMA, D.L.F.; *et al.* COVID-19 no Estado do Ceará: Comportamentos e crenças na chegada da pandemia. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 5, n. 5, p. 1575-1586, 2020.

MACIEL, F.B.M.; *et al.* Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de COVID-19. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 4185-4195, 2020.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Folha Informativa - COVID-19: doença causada pelo novo coronavírus**. 2020.

SALVADOR, Ângelo D. **Métodos e técnicas de pesquisa bibliográfica: elaboração e relatório de estudos científicos**. 2.ed.rev.ampl. Porto Alegre: Sulina Editora, 1991. P.163.

SCHMIDT, B.; *et al.* Impactos na Saúde Mental e Intervenções Psicológicas Diante da Pandemia do Novo Coronavírus (COVID-19). **SciELO Preprints**, v. 1, n. 1, p. 1-26, 2020.

SCHUCHMANN, A.Z.; *et al.* Isolamento social vertical X Isolamento social horizontal: os dilemas sanitários e sociais no enfrentamento da pandemia de COVID-19. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 2, p. 556-576, 2020.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 23.ed.rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2007.

SIFUENTES-RODRÍGUEZ, E.; PALACIOS-REYES, D. COVID-19: The outbreak caused by a new coronavirus. **Bol Med Hosp Infant Mex**, v. 77, n. 2, p. 47-53, 2020.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINCKO, J. Contribution of Primary care to health systems and health. **Milbank Q**, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005.

TEIXEIRA, M.G.; *et al.* Reorganização da atenção primária à saúde para vigilância universal e contenção da COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 4, 2020.

WHO. World Health Organization. **(COVID-19) Weekly epidemiological update - 19 January 2021.** Geneva: World Health Organization, 2021b.

WHO. World Health Organization. **Operational considerations for case management of COVID-19 in health facility and community:** interim guidance. Geneva: World Health Organization, 2021a.

WHO. World Health Organization. **Primary health care and health emergencies.** Geneva: World Health Organization, 2018.

AS MEDIDAS DE PROTEÇÃO AO NOVO CORONAVÍRUS ADOTADAS POR PROFISSIONAIS DE UM LABORATÓRIO DE TESTAGEM COVID-19

Marina Gabriela Medeiros de Moura
Maria Carolina Batista da Silva
Cecília Nogueira Valença

INTRODUÇÃO

A pandemia causada pelo novo Coronavírus (SARS-Cov-2), agente etiológico da doença respiratória aguda Covid-19, foi anunciada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em março de 2020 (GUO *et al.*, 2020). No âmbito dos serviços de saúde e no que diz respeito ao início da pandemia, período no qual ainda não existia vacinas finalizadas e aprovadas, o principal método de prevenção e combate a rápida propagação da doença embasava-se no uso eficaz de equipamentos de proteção individual (EPIs), como luvas, máscaras, respiradores tipo N95, óculos de proteção ou protetores faciais, aventais e sapato fechado/privativo. Toda essa demanda, entretanto, fez com que surgisse uma escassez crítica destes insumos no mundo inteiro devido a sua alta demanda (LIVINGSTON; DESAI; BERKWITS, 2020), pondo as proteções e a saúde desses profissionais em risco.

A pandemia trouxe várias consequências, situadas desde a crise sanitária até a crise econômica. Com isso, os profissionais de saúde, em especial médicos e enfermeiros, passaram a ter um maior reconhecimento e apoio da população; juntamente com isso, inúmeros estudos envolvendo esses profissionais foram postos em execução, objetivando-se melhorar a saúde e a integridade desses profissionais. Para além de médicos e enfermeiros, é importante destacar a importância de trabalhadores que muitas vezes atuam em funções pouco conhecidas pela população, como a exemplo dos profissionais de laboratório (MOURA, 2021).

A transmissão do SARS-CoV-2 entre humanos destaca-se como a principal via de disseminação do vírus, ocorrendo através de gotículas respiratórias contaminadas produzidas por meio da tosse ou espirro de um indivíduo infectado, bem como por meio do contato com superfícies ou objetos que contenham o SARS-CoV-2 e, em seguida, tocando boca, nariz ou possivelmente olhos, além de também ocorrer por contato próximo entre indivíduos (BRASIL, 2020).

O diagnóstico da Covid-19 se dá por critério laboratorial através do RT-PCR (detecção em tempo real para detecção do vírus SARS-CoV2, Influenza ou VSR) ou por teste imunológico (teste rápido ou sorologia clássica para detecção de anticorpos), para os quais a amostra deve ser coletada após o sétimo dia desde o início dos sintomas (BRASIL, 2020).

Os responsáveis por manusear, analisar e gerar esses resultados são os profissionais de laboratório, os quais estão expostos a um risco extremamente alto de contágio, seja através de um acidente de trabalho ou até mesmo pela maior facilidade de se expor ao vírus no ambiente de trabalho. É necessário enfatizar a importância da oferta, provisão apropriada e uso correto de EPIs aos profissionais de saúde pois, sem uma força de trabalho sustentada, os sistemas de saúde correm o risco de falhas generalizadas na batalha contra a COVID-19 (LOCKHART *et al.*, 2020).

A contaminação pelo novo coronavírus é classificada como Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico (ATEMB), que representam os principais geradores de periculosidade e insalubridade para os profissionais da área da saúde. Algumas circunstâncias, tanto institucionais quanto individuais, predisõem ou aumentam as chances da ocorrência de ATEMB, tais como: não uso ou mal uso dos equipamentos de proteção individual, reencape de agulhas usadas, descarte inadequado de material contaminado (GOMES *et al.*, 2019).

Diante do exposto, é importante refletirmos se os profissionais que atuam em laboratório para detecção do SARS-CoV-2 por RT-PCR compreendem os riscos ocupacionais a que estão expostos e se estes se sentem seguros para evitar o risco de contaminação.

METODOLOGIA

Para que tal reflexão fosse possível, realizou-se um estudo descritivo com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada no Instituto de Medicina Tropical do RN (IMT RN), unidade suplementar da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), localizada em Natal-RN. O IMT RN vem fornecendo insumos para coleta de amostra de nasofaringe e orofaringe de pacientes suspeitos de infecção pelo novo coronavírus às unidades de saúde de Natal e outros municípios do interior do estado, recebendo as amostras colhidas e realizando todo o processo necessário para diagnóstico laboratorial da COVID-19.

A população do estudo foi composta por profissionais farmacêuticos, biomédicos, biólogos e enfermeiros que atuavam no laboratório do IMT. Os critérios de inclusão utilizados foram: servidores e terceirizados que atuavam no laboratório do Instituto de Medicina Tropical/UFRN, na análise laboratorial para diagnóstico da COVID-19; para voluntários, incluíram-se os que forem servidores da UFRN. Foram excluídos os profissionais que estavam afastados ou de licença e os que não autorizaram a gravação de voz.

Participaram 13 profissionais entrevistados, sendo 8 destes profissionais da UFRN lotados em outras unidades (cedidos voluntariamente ao IMT no período de pandemia), 4 são lotados no próprio IMT e 1 é aluno de pós-doutorado, desenvolvendo seu estudo na instituição.

A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairí mediante parecer número 4.132.811. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Quanto à coleta de dados, ela ocorreu nos meses de julho e agosto de 2020, por meio de entrevistas com uso de um roteiro de entrevista semiestruturada e um questionário socioeconômico. As entrevistas foram gravadas. Após finalizar as entrevistas, as gravações foram transcritas integralmente para auxiliar a as análises e discussões. A análise dos dados foi realizada através do uso do *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ) (SANTOS *et al.*, 2017).

RESULTADOS

Os resultados a seguir trazem a singularidade da saúde do trabalhador sob a ótica dos próprios trabalhadores, focando-se na visão dos mesmos sobre os riscos de contaminação e sobre as medidas pessoais adotadas para evitá-la.

A tabela 1, exposta a seguir, apresenta os dados sociodemográficos dos participantes do estudo, sendo 6 do sexo masculino e 7 do sexo feminino. A faixa etária que predominou foi de 31 a 35 anos (46% dos participantes).

Tabela 1 – Perfil socioeconômico dos participantes da pesquisa. Instituto de Medicina Tropical da UFRN, Natal, Rio Grande do Norte, 2021.

Participante	Sexo	Faixa etária	Estado civil	Maior escolaridade	Formação
P1	M	31 a 35 anos	Casado	Doutorado	Biologia
P2	F	26 a 30 anos	Solteira	Mestrado	Biomedicina
P3	F	31 a 35 anos	Solteira	Mestrado	Biomedicina
P4	F	31 a 35 anos	Solteira	Mestrado	Biomedicina
P5	M	36 a 40 anos	Casado	Doutorado andamento	em Farmácia
P6	M	36 a 40 anos	Casado	Doutorado	Biomedicina
P7	M	26 a 30 anos	Casado	Doutorado andamento	em Biomedicina
P8	M	26 a 30 anos	Solteiro	Mestrado andamento	em Farmácia
P9	F	31 a 35 anos	Solteira	Doutorado andamento	em Biologia
P10	F	26 a 30 anos	Solteira	Mestrado andamento	em Enfermagem
P11	M	31 a 35 anos	Solteiro	Mestrado	Farmácia
P12	F	26 a 30 anos	Casada	Mestrado	Farmácia
P13	F	31 a 35 anos	Casada	Mestrado	Farmácia

Fonte: dados da pesquisa, 2021.

Notou-se que todos os profissionais possuem pós-graduação *stricto sensu* concluída ou em andamento, sendo o mestrado concluído a mais frequente (46%). Desse modo, é possível perceber que os profissionais que atuam no IMT – sejam eles servidores voluntários cedidos de outros setores da UFRN ou lotados no próprio IMT - possuem boa qualificação.

A idade jovem dos participantes do estudo se constitui numa peculiaridade a ser observada, tendo em vista que pressupõem trabalhadores com maior resiliência para se adaptar aos desafios propostos pelo trabalho em tempos de pandemia, além de não serem considerados grupos de risco para a COVID-19. O alto grau de escolaridade significa uma maior capacitação e potencial para assimilar a complexidade para lidar, no ambiente laboral, com algo pouco conhecido e nunca antes estudado: um vírus facilmente transmissível e letal.

Muitos profissionais conhecem as medidas de biossegurança, mas não se posicionam adequadamente, e nem sempre seguem as precauções necessárias, resultando em alto índice de acidentes de trabalho com exposição a material biológico. Os profissionais de saúde, pela insalubridade inerente ao cotidiano profissional, estão diariamente expostos a riscos biológicos ocupacionais por fatores relativos ao próprio processo de trabalho, e não somente pela falta de percepção ou consciência do risco. (SOARES *et al.*, 2013).

Reconhecer o risco é identificar os possíveis causadores de danos à saúde do trabalhador para que se possa agir na sua prevenção, eliminação e controle (GOMES, 2019).

[...] Então assim, eu acredito que esse risco é bem mínimo, em virtude dos equipamentos de proteção estarem disponíveis e serem bem excessivos. Mas, existe um risco, se por acaso a gente não tivesse sido bem orientado sobre o uso desses equipamentos e, por exemplo, contaminasse a luva e passasse no rosto, passasse na touca. Eu acredito que esse risco, atualmente, pelo treinamento e pelos equipamentos é bem mínimo. (P12)

[...] a gente trabalha dentro de uma cabine de segurança biológica que tem uma exaustão do ar que está circulando dentro da cabine para fora. Então há o contágio, o risco de contaminação por inalação é mínimo e, além disso, a gente está super mega protegido por todos os EPI. (P2)

No caso aqui a gente tem esse risco alto por estar tratando, lidando diretamente com o vírus, né? Seja na parte lá de entrada, na recepção de amostras, seja especificamente no laboratório fazendo a extração. (P6)

Como é possível perceber pelas falas expostas acima, a percepção de risco pelos profissionais variou em sua intensidade ou gravidade. Alguns participantes entendem o risco como mínimo, devido ao uso correto de EPI, ao bom funcionamento e disponibilidade dos EPCs e à capacitação profissional. Outros entendem o risco como moderado ou mesmo elevado.

A escassez, o uso inadequado ou não uso de EPIs estão entre os fatores de risco relacionados à infecção pelo SARS-CoV-2 em profissionais de saúde mais citados em estudos sobre a temática (SANT'ANA *et al.*, 2020). Os autores chamam atenção para a importância de treinamentos no manuseio adequado desses equipamentos, como, por exemplo, os processos de colocação e retirada dos EPIs e treinamento presencial do uso de EPI. Entretanto, deve-se atentar também para a rotina e os hábitos que propiciam potencializar a contaminação, conscientizando os profissionais que a transmissão pode acontecer inclusive durante as refeições e reuniões em grupo (SANT'ANA *et al.*, 2020).

As formas de contaminação possíveis também foram trazidas pelos trabalhadores nas respostas enquadradas nesta classe. Houve menção à contaminação pela formação de aerossóis, pelo contato interpessoal, e pelo contato com fômites:

Sendo bem técnico, formação de aerossol, quando a gente abre os tubos para adicionar as amostras, as placas de extração; a contaminação por contato com as amostras, ficar na luva e você passar nos EPI e na hora de se paramentar, principalmente. (P11)

O risco pessoal comum de transmissão de uma pessoa para outra que acontece em outros lugares, mas, aqui eu vejo um risco além que é o contato direto com o material biológico potencialmente infectado. (P1)

As falas sobre este quesito foram predominantemente técnicas e confirmam o que traz a literatura a respeito das formas de contaminação (BRASIL, 2020). Entretanto, as maneiras em que, na prática, essa contaminação pode ocorrer não foram enfatizadas pelos trabalhadores.

Escassez, uso inadequado ou não uso de equipamentos de proteção individual, sobrecarga de trabalho, contato próximo com pacientes e/ou colegas de trabalho potencialmente contaminados, procedimento com risco de geração de aerossol, diagnóstico tardio e renovação de ar ambiente inadequado são os principais fatores de risco que podem levar à contaminação (SANT'ANA *et al.*, 2020).

Na perspectiva dos trabalhadores a respeito das ações de precaução adotadas por eles para evitar a contaminação fora do ambiente de trabalho, as palavras mais significativas foram Casa, Banho, Roupas e Sapato, sendo Casa a palavra que apresentou uma maior frequência de aparições.

É possível notar que a noção de biossegurança se tornou ator principal na vida destes trabalhadores, não somente no ambiente de trabalho, mas também na vivência deles enquanto sociedade. As principais falas e denotações de compreensão sobre medidas de prevenção se enfocaram nas ações de higiene pessoal e desinfecção de superfícies e objetos pessoais, como é possível perceber nas seguintes falas:

[...] tenho o ambiente de deixar todos os meus pertences que estão contaminados. Eu considero o celular as chaves os documentos que ficam todos separados até que eu me higienize e volte para higienizá-los. (P10)

[...] quando eu chego em casa é todo um processo de higienização de tudo que eu ando na rua. Eu não entro com absolutamente nada dentro de casa sem antes fazer todo o processo de higienização bem como tomar banho. (P9)

Lavo minha mão e tiro a máscara, aí vou higienizar o carro eu asso álcool em tudo dentro do carro que eu peguei: maçaneta, direção e tudo vou higienizar. (P4)

Os cuidados adotados no ambiente de trabalho se estenderam para a vida cotidiana dos trabalhadores, e a adoção de hábitos diários de segurança contra a periculosidade do vírus, como isolamento social, higienização frequente das mãos com água e sabão ou álcool a 70% em gel, uso de máscaras, desinfecção de superfícies, bem como práticas de etiqueta respiratória se tornaram ainda mais fortes (BRASIL, 2020). Algumas evidências já são descritas a respeito da forma de transmissão e contágio, no entanto, determinados cuidados descritos como tomados pelos profissionais entrevistados vão além do necessário, podendo levar à exaustão e desgaste psíquico.

A principal forma de transmissão da COVID-19 ocorre a partir do contato interpessoal direto, indireto ou próximo com pessoas infectadas por meio de secreções infectadas, como é o caso da saliva e secreções respiratórias, ou através de suas gotículas respiratórias, que são expelidas quando uma pessoa infectada tosse, espirra, fala ou canta. Desse modo, as principais recomendações para os ambientes extra laborais baseiam-se em praticar continuamente a higienização frequente das mãos, o distanciamento físico, e a etiqueta respiratória; evitar locais com aglomeração de pessoas (OMS, 2020).

As falas a seguir, dadas pelos trabalhadores entrevistados, mostram que eles já têm um entendimento firmado sobre essas recomendações:

[...] lavar as mãos utilizar álcool em gel evito sair de casa fico em casa maioria do tempo deixo o sapato na porta, quando saio eu sempre tomo um banho, quando eu venho para cá. (P8)

[...] a utilização das máscaras continuando sempre essa questão de, por exemplo, quando eu sair assim que chegar em casa, tomar um banho trocar aquela roupa. (P3)

Inicialmente eu fiz o isolamento dentro da minha casa já que eu tenho pessoas de risco nela, então eu me isolei na minha casa e quando eu chego em casa eu tiro os sapatos antes de entrar. (P10)

Os trabalhadores descreveram os EPIs utilizados, paramentação e desparamentação utilizadas, demonstraram conhecimento e domínio sobre as técnicas e relataram acesso a treinamento e capacitação oferecidos tanto pela instituição, como buscados por eles. Não houve menção à quantidade ou à qualidade insatisfatória de EPIs, portanto presume-se que eles estão adequados às atividades exercidas pelos trabalhadores e estão sendo disponibilizados de acordo com a real necessidade do serviço.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse contexto, vemos que os profissionais reconhecem a importância da adoção consciente e adequada das medidas de precaução frente à COVID-19, não somente por eles, mas pela sociedade no geral, exigindo uma mudança de comportamento individual e coletivo de forma imediata e enfática. Houve consenso sobre a forma de prevenção da contaminação e minimização do risco laboral, baseado no uso correto de EPIs e EPCs.

A abordagem das relações trabalho-saúde necessita ser discutida nos mais diversos âmbitos da sociedade. No setor saúde, sobretudo nos tempos atuais de pandemia, a heterogeneidade dos campos de trabalho requer um olhar ainda mais aguçado, pois, esta classe trabalhadora torna-se a mais vulnerável ao adoecimento de COVID-19, requerendo assim, maior cuidado e visibilidade de seu papel social.

Assim sendo, a presente pesquisa traz contribuições para a literatura corroborando para futuros estudos pertinentes à temática, pois possibilita o conhecimento sobre esta realidade laboral, sob a ótica dos próprios trabalhadores, dando-lhes vez e voz.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da saúde. **Diretrizes para Diagnóstico e Tratamento da COVID-19**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2020b.

CAMARGO, B.V.; JUSTO, A.M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em psicologia**, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013.

GOMES, S.C.S.; *et al.* Incidência de acidentes de trabalho com exposição a material biológico em profissionais de saúde no Brasil, 2010–2016. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 17, n. 2, p. 188-200, 2019.

GUO, Y.; *et al.* The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak – an update on the status. **Mil Med Res**, v. 1, p. 1-8, 2020.

LIVINGSTON, E.; DESAI, A.; BERKWITS, M. Sourcing personal protective equipment during the COVID-19 pandemic. **Jama**, p.1-6, 2020.

LOCKHART, S.L.; *et al.* Personal protective equipment (PPE) for both anesthesiologists and other airway managers: principles and practice during the COVID-19 pandemic. **Canadian Journal of Anaesthesia**, p. 1, 2020.

MORAES, E.B.; *et al.* Safety of health professionals in COVID-19 times: a reflection. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, p. 134973832, 2020.

MOURA, M.G.M. **Riscos e medidas de proteção dos trabalhadores de um laboratório de diagnóstico do SARS-CoV-2**. 2021. 74f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2021.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Orientações de biossegurança laboratorial relativa à doença do coronavírus (COVID-19)**. Orientação provisória 19 de março de 2020. Brasília (DF): OMS, 2020.

SALVADOR, P.T.C.; *et al.* Uso do software iramuteq nas pesquisas brasileiras da área da saúde: uma scoping review. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, 2018.

SANT'ANA, G.; *et al.* Infecção e óbitos de profissionais da saúde por COVID-19: revisão sistemática. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 33, 2020.

SANTOS, V.; *et al.* IRAMUTEQ nas pesquisas qualitativas brasileiras da área da saúde: scoping review. **CIAIQ 2017**, v. 2, 2017.

SOARES, L.G.; *et al.* Percepção do risco biológico em trabalhadores de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 1, mar. 2013.

O REGIMENTO INTERNO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NO BRASIL

Raissa Lima Coura Vasconcelos
Soraya Maria de Medeiros

INTRODUÇÃO

Na área de enfermagem a proposta do trabalho em equipe surge na década de 1950, nos EUA, através de experiências realizadas no *Teacher's College* da Universidade de Columbia, que preconizam a organização do serviço de enfermagem com base em equipes lideradas por médicos. Esse modelo de organização do trabalho de enfermagem expressa tanto uma crítica ao modelo funcional, centrado na tarefa em detrimento do paciente, bem como a busca de solução para a escassez de pessoal de enfermagem nos anos pós Segunda Guerra Mundial (ALMEIDA; ROCHA, 1986; PEDUZZI; CIAMPONE, 2005).

Portanto, o trabalho em equipe não tem na sua origem apenas o caráter de racionalização da assistência médica, no sentido de garantir a melhor relação custo-benefício do trabalho médico e ampliar o acesso e a cobertura da população atendida, mas também responde à necessidade de integração das disciplinas e das profissões entendida como imprescindível para o desenvolvimento das práticas de saúde a partir da nova concepção biopsicossocial do processo saúde/doença (PEDUZZI; CIAMPONE, 2005).

Distinto do que acontece na área administrativa, na enfermagem tem-se o costume de utilizar os termos líder e liderança com muito mais frequência do que chefia ou gerência, por exemplo (ROZENDO; GOMES, 1998).

Outrossim, os termos líder e liderança parecem atenuar ou amenizar uma posição e uma função que a categoria de enfermeiros parece não aceitar. As atividades de ordem administrativa e/ou burocrática que ocupam grande parte do tempo dos enfermeiros geram queixas quanto à indisponibilidade destes para prestar cuidados diretos aos pacientes. E estas queixas são provenientes, inclusive, dos próprios enfermeiros, que aparentam valorar negativamente a atividade administrativa dentro do processo de trabalho (ROZENDO; GOMES, 1998).

Em uma dessas atividades administrativas que é função do enfermeiro encontra-se, em nível municipal, a elaboração de um regimento interno do serviço de enfermagem na Atenção Básica, contendo todo o funcionamento da categoria dentro desse serviço. De acordo

com Kurcgant (1991) o regimento interno é um ato normativo que deve ser aprovado pela administração da unidade de saúde, é flexível e possui normas básicas para o funcionamento do serviço de enfermagem. O regimento traz ainda as disposições do regulamento para o serviço, devendo estar nele embasado.

Durante minha experiência nos estágios finais do curso, essa foi uma das demandas que surgiram: a possibilidade de ser construído um Regimento Interno de Enfermagem com a minha colaboração, tendo em vista a recomendação desse documento por parte do Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Norte (COREN/RN), durante visita de fiscalização que segue normas estabelecidas pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).

No decorrer das buscas, constatei que não há nenhuma normatização no município de Natal/RN, referente a um regimento interno específico para atuação dos profissionais dos serviços de Atenção Básica de Saúde. O que existe na realidade estudada é um documento denominado de Carteira de Serviços da Atenção Básica, no qual são explicitadas as funções de cada categoria profissional dentro da área de enfermagem. Em nível nacional, em alguns municípios, encontrei decretos municipais que regulamentam os serviços de rotinas e procedimentos de enfermagem.

Este trabalho trata-se de um recorte de um projeto multicêntrico financiado pelo Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq) intitulado “Erros profissionais de Enfermagem” que faz parte do processo de consolidação de estudos sobre o trabalho em enfermagem desenvolvidos pelo Núcleo de pesquisa em políticas, gestão, trabalho e recursos humanos em enfermagem e saúde coletiva/GERIR, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

A parcela do estudo no Rio Grande do Norte foi desenvolvida por pesquisadores do grupo de pesquisa Caleidoscópio: Laboratório de Pesquisa sobre Educação, Trabalho, Saúde e Enfermagem (Caleidoscópio: LabPETES), do qual a orientadora do presente estudo é líder.

Este estudo justifica-se do ponto de vista científico e social, por contribuir para o conhecimento em enfermagem, considerando-se que, por ser um documento formal, traz as demandas e funções da categoria dentro do serviço de atenção primária e auxilia na melhoria da assistência prestada e nas relações interpessoais e profissionais.

Diante da importância e necessidade que cada município brasileiro atue com seu próprio Regimento de Enfermagem, adotou-se a seguinte questão norteadora: A construção e utilização desse documento melhora a assistência prestada na Atenção Primária à Saúde, contribuindo para mediar conflitos nas relações interpessoais e profissionais?

Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo caracterizar a importância, a necessidade e as funções de um Regimento Interno de Enfermagem para os serviços de Atenção Básica do país.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo análise documental, com base nos Regimentos Internos de Enfermagem da Atenção Básica, dos municípios brasileiros.

Appolinário (2009), no Dicionário de Metodologia Científica descreve pesquisa documental como aquela que se restringe à análise de documentos. Além disso, ele faz a indicação para ver também as estratégias de coleta de dados (p. 152). Seguindo as recomendações do autor citado, chega-se à definição estratégia de coleta de dados. No verbete, Estratégia de coleta de dado, ele nos informa que:

A segunda estratégia refere-se à fonte dos dados: documental ou campo. Sempre que uma pesquisa se utiliza apenas de fontes documentais (livros, revistas, documentos legais, arquivos em mídia eletrônica) diz-se que a pesquisa possui estratégia documental. (APPOLINÁRIO, 2009, p. 85).

Tanto a pesquisa documental como a pesquisa bibliográfica têm o documento como objeto de investigação. No entanto, o conceito de documento ultrapassa a ideia de textos escritos e/ou impressos. O documento como fonte de pesquisa pode ser escrito e não escrito, tais como filmes, vídeos, slides, fotografias ou pôsteres. Esses documentos são utilizados como fontes de informações, indicações e esclarecimentos que trazem seu conteúdo para elucidar determinadas questões e servir de prova para outras, de acordo com o interesse do pesquisador (FIGUEIREDO, 2007).

Tendo em vista essa dimensão fica claro existir diferenças entre pesquisa documental e pesquisa bibliográfica. Oliveira (2007) faz uma importante distinção entre essas modalidades de pesquisa. Para essa autora a pesquisa bibliográfica é uma modalidade de estudo e análise de documentos de domínio científico tais como livros, periódicos, enciclopédias, ensaios críticos, dicionários e artigos científicos.

Como característica diferenciadora essa autora pontua que é um tipo de “estudo direto em fontes científicas, sem precisar recorrer diretamente aos fatos/fenômenos da realidade empírica” (OLIVEIRA, 2007, p.69). Argumenta que “o mais importante para quem faz opção pela pesquisa bibliográfica é ter a certeza de que as fontes a serem pesquisadas já são reconhecidamente do domínio científico” (OLIVEIRA, 2007, p.69).

A pesquisa documental é muito próxima da pesquisa bibliográfica. O elemento diferenciador está na natureza das fontes: a pesquisa bibliográfica remete para as contribuições de diferentes autores sobre o tema, atentando para as fontes secundárias, enquanto a pesquisa documental recorre a materiais que ainda não receberam tratamento analítico, ou seja, as fontes primárias.

A presente pesquisa teve como local de estudo os Conselhos Regionais de Enfermagem, através dos seus sites na internet, dos estados brasileiros que possuem regimento interno do serviço de Enfermagem padronizado para todos os municípios e fiscalizado por esses conselhos, além de documentos disponibilizados de forma gratuita contendo os Regimentos de Enfermagem de alguns dos municípios do Brasil.

Para a coleta dos dados foi utilizada uma busca no Google e nos sites dos Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN), pelos Regimentos de Enfermagem, que possuíam livre acesso, de forma gratuita e na íntegra, sem limite de ano de publicação, tendo em vista a pequena quantidade de regimentos encontrados. Dentre os documentos pesquisados, foram selecionados 11, de municípios brasileiros que possuem Regimento de Enfermagem na Atenção Básica, conforme quadro a seguir:

Quadro 1 - Lista de Regimentos de Enfermagem das prefeituras municipais e ano de publicação

Título e ano de publicação	Cidade
Manual de Enfermagem - Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte (2016)	Belo Horizonte/MG
Regimento Interno do Serviço de Enfermagem - Fundação Municipal de Saúde de Canoas (2015)	Canoas/RS
Regimento Interno Procedimentos de Enfermagem na Atenção Básica Município de Carapicuíba (2016)	Carapicuíba/SP
Regimento de Enfermagem para as Unidades Básicas de Saúde de Maceió (2018)	Maceió/AL
Estatuto do Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF) - 2011	Porto Alegre/RS
Diário Oficial – Administração Direta – Saúde (2015)	Ribeirão Preto/RS
Regimento Interno do Serviço de Enfermagem (1998)	Santa Cruz do Sul/RS
Prefeitura Municipal de São Leopoldo (2010)	São Leopoldo/RS
Regimento Interno do Serviço de Enfermagem das Unidades Básicas de Saúde/ SESAU (2013)	São Sebastião/SP
Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem - Atenção Básica (2012)	São Paulo
Regimento Interno dos Serviços de Enfermagem (2018)	São Pedro de Alcântara/SP

No que tange aos procedimentos éticos e legais, este trabalho é isento de Comitê de Ética e Pesquisa visto que se trata de uma análise de documentos previamente disponíveis na internet, de domínio público, gratuitos, nos sites do COREN de cada estado brasileiro ou naqueles regimentos disponibilizados na íntegra, de forma online.

A análise dos dados foi realizada a partir da organização de quadros de convergências e divergências, segundo Triviños (1987). De acordo com este autor, a abordagem de cunho qualitativo trabalha os dados procurando seu significado, tendo como base a percepção do fenômeno dentro do seu contexto. O uso da descrição qualitativa procura captar não só a aparência do fenômeno como também suas essências, procurando explicar sua origem, relações

e mudanças, e tentando intuir as consequências. Após essa organização, foram construídas categorias de análise, que serão exploradas à luz do referencial teórico.

Além disso, a partir da organização dos quadros, foi possível, por meio de uma análise de conteúdo, elencar as características gerais do Regimento de cada município, e as convergências e divergências existentes a partir da comparação entre aqueles que foram avaliados, a respeito da equipe de enfermagem, suas competências e habilidades, responsabilidades assistenciais e técnicas, as atribuições das categorias da enfermagem, como cada serviço é organizado.

RESULTADOS

O Regimento do Serviço de Enfermagem é um conjunto de regras estabelecidas por um grupo para o regramento de seu funcionamento. É instrumento administrativo, elaborado pela equipe de Enfermagem com a coordenação do Enfermeiro Responsável Técnico.

O documento explicita a missão do Serviço de Enfermagem e a filosofia de trabalho, estabelecendo as competências do serviço e as atribuições dos seus profissionais.

Precisa ser elaborado de acordo com a realidade e características de cada Instituição e não deve ser cópia da proposta pelos conselhos regionais de enfermagem, nem da Legislação de Enfermagem. Esse documento visa reger as ações a serem desenvolvidas pela Enfermagem, dessa forma, terá de refletir o perfil da instituição em todo o seu contexto, contemplando exclusivamente os profissionais de Enfermagem e estruturas onde sejam desenvolvidas atividades por estes.

O Regimento precisa ser atualizado anualmente e sempre que houver alterações no serviço de enfermagem. Entretanto, os que foram utilizados neste trabalho não se encontram atualizados pois não estavam disponíveis na internet suas atualizações. Para sua elaboração destacam-se: os princípios que norteiam a organização das Instituições; o embasamento legal (Lei 7.498/86 - Art. 3º - e Art. 11, Inciso I alíneas “b” e “c”; Decreto 94.406/87 - Art. 2º; Resolução COFEN 564/2017).

Para elaboração do Regimento do Serviço de Enfermagem, necessita-se conhecer a missão e a visão da Instituição; caracterizar a clientela; organizar os recursos materiais e os recursos humanos (avaliar o dimensionamento de pessoal);

conhecimento da estrutura funcional de todas as áreas com ações de Enfermagem e número de profissionais de Enfermagem para o desenvolvimento do trabalho.

Quanto à estrutura de organização do documento, segundo modelo disponibilizado pelos Conselhos Regionais de Enfermagem de Goiás e Minas Gerais, este deve conter: capa,

folha de rosto, sumário, Capítulo I - da Finalidade, Capítulo II - da Estrutura Organizacional, Capítulo III - das Competências do Serviço de Enfermagem, Capítulo IV - do Pessoal e suas Atribuições, Capítulo V - Dos Requisitos para Admissão, Avaliação e Desligamento, Capítulo VI - do Horário de Trabalho, Capítulo VII - das Normas Gerais, Capítulo VIII - das Disposições Gerais.

De acordo com o que foi analisado durante a busca pelos Regimentos de Enfermagem dos municípios brasileiros, percebeu-se que vários deles não possuem tal documento ou este não está disponível para consulta na internet. No entanto, com os dados obtidos através da pesquisa, foi possível elaborar dois quadros, sendo um com as características gerais de cada regimento encontrado, e outro com as convergências e divergências entre os municípios pesquisados. Estes quadros estão ilustrados a seguir:

Quadro 2 - Características Gerais

MUNICÍPIO	CARACTERÍSTICAS GERAIS
<p>Belo Horizonte/MG (2016)</p>	<p>Documento construído por uma comissão de enfermeiros a nível central, distrital e local;</p> <p>Breve introdução sobre o município e sua relação com a Atenção Primária à Saúde, a Enfermagem e o usuário dos serviços;</p> <p>Apresentação do Regimento enquanto facilitador da organização do serviço e ações de enfermagem;</p> <p>Estrutura organizacional e forma de apresentação; finalidades da equipe de enfermagem; posição da equipe de enfermagem; requisitos, composição, jornada de trabalho; competências e atribuições da equipe de enfermagem; disposições gerais ou transitórias; considerações finais;</p> <p>As competências e atribuições estão pautadas no Código de Ética e legislação da enfermagem, nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como nas políticas nacionais, estaduais e municipais da APS e abrange todos os profissionais da enfermagem que atuam na APS;</p> <p>Todos os profissionais deverão apresentar-se ao trabalho no horário pactuado junto à gestão local e distrital, devendo utilizar vestimenta de trabalho adequada, com o uso de calçados fechados, em conformidade com a Norma Regulamentadora (NR) 32;</p>
<p>Canoas/RS (2015)</p>	<p>A equipe de Enfermagem tem como missão buscar a excelência do serviço de enfermagem, valorizando o profissional, prestando uma assistência integral e humanizada considerando os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde no indivíduo e na coletividade;</p> <p>Tem como finalidade planejar, executar, documentar e organizar o desenvolvimento do serviço de enfermagem, visando a sua missão e o dever dos profissionais para com seus usuários;</p> <p>O regimento tem o intuito de instrumentalizar administrativamente o serviço de enfermagem, normatizar e otimizar as ações assistenciais/administrativas dentro da instituição, fomentando a construção do conhecimento e a promoção do cuidado de enfermagem com competência, qualidade, humanismo, cordialidade e ética;</p> <p>Segue as diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Atenção Primária à Saúde;</p> <p>Composto por enfermeiros e técnicos de enfermagem;</p> <p>Diretor de Enfermagem/Responsável Técnico, Enfermeiro Apoiador Institucional, Enfermeiro Coordenador de Unidade, Enfermeiro Regulador, Enfermeiro Assistencial, Técnico de Enfermagem;</p> <p>Traz requisitos para admissão, avaliação e desligamento de cada profissional;</p> <p>Quadro explicativo com a estrutura organizativa do Serviço de Enfermagem;</p>

<p>Carapicuíba/SP (2016)</p>	<p>Apresentação;</p> <p>O Manual Técnico de Normas e Rotinas do Serviço de Enfermagem surgiu da necessidade de estabelecer um documento de organização do serviço com regimento, organograma, normas e rotinas de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Carapicuíba (UBS);</p> <p>Organizar, orientar e documentar todo desenvolvimento do Serviço de Enfermagem, visando cumprir sua missão, que consiste no compromisso e dever dos profissionais da enfermagem para com os usuários, família, comunidade e a equipe de saúde;</p> <p>As normas do serviço de Enfermagem da Prefeitura do Município de Carapicuíba têm por finalidade estabelecer conduta aos funcionários, visando o bom funcionamento das atividades conforme a filosofia implantada;</p> <p>Normas do serviço de enfermagem;</p> <p>Enfermeiro Coordenador, Enfermeiro Responsável Técnico, Enfermeiro Assistencial, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem, Atendente de Enfermagem;</p> <p>Traz uma proposta de escala mensal do serviço de enfermagem, orientações para uma visita do Conselho Regional de Enfermagem, Processo de Enfermagem, Visita Domiciliar, Supervisão e acompanhamento, Procedimento de enfermagem, Rotinas de enfermagem na sala de vacinação, Rotinas de enfermagem na notificação de agravos e doenças, Anexos.</p>
<p>Maceió/AL (2018)</p>	<p>Para a sua elaboração, além de contar com a participação de Enfermeiros que atuam na rede municipal, foram consultados vários materiais oriundos de serviços de saúde e também de instituições de referência;</p> <p>A organização da atenção básica na rede de serviços da SMS do município de Maceió fundamenta-se nas diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Atenção Básica, aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 2.436, de 21 de setembro de 2017;</p> <p>A equipe de enfermagem nos serviços de atenção básica na rede da SMS é composta pelos profissionais Enfermeiras/Enfermeiros, Técnicas/Técnicos de Enfermagem e Auxiliares de Enfermagem e integra a equipe multiprofissional atuante nesses serviços. ;</p> <p>É responsabilidade da/do Enfermeira/Enfermeiro organizar e orientar o serviço de enfermagem, tendo como missão o compromisso e o dever dos profissionais da enfermagem para com a/o cliente, família e comunidade;</p> <p>A enfermagem na atenção básica está vinculada à Coordenação Geral de Atenção Primária (CGAP) que pertence à Diretoria de Atenção à Saúde (DAS), conforme Decreto nº 8.349, de 19 de janeiro de 2017;</p> <p>Traz o horário de trabalho, o registro e anotação de enfermagem, e as visitas fiscalizatórias do Conselho Regional de Enfermagem;</p> <p>Traz como disposição geral que é obrigatório o uso dos EPIs, descritos na Norma Regulamentadora nº 32 (NR-32);</p> <p>Dispõe sobre a ocorrência de acidentes de trabalho e para onde o funcionário deve ser referenciado;</p> <p>Vacinação da equipe de enfermagem;</p> <p>O profissional de enfermagem deverá registrar em “livro ata” as ocorrências/intercorrências relativas ao processo de trabalho da enfermagem.</p>

<p>Ribeirão Preto/ SP (2015)</p>	<p>Resolução nº 17, de 26 de Novembro de 2015;</p> <p>Promover assistência de Enfermagem qualificada e direcionada ao atendimento integral e humanizado respeitando a diversidade da comunidade e a singularidade de cada cliente e família, sob a perspectiva da garantia do Direito Constitucional à Saúde;</p> <p>O Serviço de Enfermagem é supervisionado tecnicamente por Enfermeiros, os quais respondem à Divisão de Enfermagem/SMS;</p> <p>Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem, Atendente de Enfermagem;</p> <p>Requisitos necessários para cada cargo no município;</p> <p>Definição, abrangência, requisitos básicos e atribuições específicas de cada categoria da enfermagem;</p>
<p>Santa Cruz do Sul/RS (1998)</p>	<p>Decreto nº4.787, de 26 de Agosto de 1998;</p> <p>Finalidade do serviço de Enfermagem;</p> <p>O Serviço de Enfermagem está subordinado diretamente ao Secretário Municipal de Saúde e é gerenciado por uma enfermeira (o), tem administração própria e autonomia profissional;</p> <p>Estrutura administrativa, competência do serviço,</p> <p>Os casos omissos, bem como as dúvidas suscitadas na execução do Regimento Interno serão dirimidas pela Secretaria Municipal de Saúde e pelo próprio COREN;</p> <p>As deliberações e atos deste Regimento Interno serão operacionalizados pela Secretaria Municipal de Saúde em conjunto com o COREN;</p>
<p>São Leopoldo/ RS (2010)</p>	<p>O Serviço de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde de São Leopoldo, em suas Unidades de Saúde, busca desenvolver ações de atenção integral à saúde da população, com a excelência e eficácia organizacional, por meio de seus recursos humanos e materiais, atuando nos níveis primário e secundário de atenção à saúde;</p> <p>O Serviço de Enfermagem da SEMSAD está subordinado a/ao Diretor(a) de Enfermagem coordenado exclusivamente por um(a) Enfermeiro(a), que possui administração própria e autonomia profissional;</p> <p>Atribuições do Enfermeiro Diretor de Enfermagem/Responsável técnico, Enfermeiro Coordenador de Centro de Saúde, Enfermeiro Assistencial/Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família, Enfermeiro da Saúde do Idoso Institucionalizado, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem;</p>

<p>São Paulo/SP (2012)</p>	<p>A melhoria contínua na qualidade da Atenção à Saúde da população é a principal missão da Coordenação da Atenção Básica da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS-SP);</p> <p>Na perspectiva de consolidar uma assistência mais resolutiva, que utiliza tecnologia adequada e que incorpore novos valores, a SMS-SP coordenou a atualização dos Manuais contendo Protocolos de Enfermagem para oferecer aos profissionais das equipes da Atenção Básica instrumentos que possibilitem o aprimoramento de suas práticas;</p> <p>Grupo Técnico de trabalho, composto por profissionais de Enfermagem da Coordenação da Atenção Básica (CAB) e Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), com a valiosa contribuição das Áreas Técnicas da Atenção Básica, Coordenação de Vigilância à Saúde, Supervisões Técnicas de Saúde (STS), Unidades Básicas de Saúde (UBS), Instituições Parceiras (IP) e Universidades;</p> <p>“Série Enfermagem – SMS” composta por sete Manuais atualizados, versando sobre os eixos: Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde da Mulher, Saúde do Adulto, Saúde da Pessoa Idosa, Normas e Rotinas de Enfermagem, Manual para Técnico/Auxiliares de Enfermagem e Biossegurança, em consonância com as Diretrizes Nacionais de Atenção à Saúde e do exercício profissional;</p> <p>Administrativo Enfermagem, Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE, Visita domiciliária, Educação permanente - Educação continuada em serviço, Grupos educativos - organização, Rotinas e Procedimentos;</p> <p>Tem como objetivo atualizar os profissionais da enfermagem nas questões Administrativas e Técnicas, bem como nas rotinas de trabalho voltadas para Unidades de Saúde da Atenção Básica (CAB) – Secretaria Municipal da Saúde (SMS)/SP;</p> <p>A proposta deste instrumento é divulgar e alinhar orientações administrativas e técnicas de relevância, como subsídio para a eficácia do processo de trabalho da enfermagem na Atenção Básica. As normas e rotinas apresentadas serão também referência para a capacitação dos profissionais;</p> <p>O conteúdo deste Manual permeia três tecnologias: leve; leve-dura e dura. Norteia as principais ações do Enfermeiro desde as relações com o cliente externo, como no acolhimento; bem como com o cliente interno, na gestão de serviços (tecnologia leve). Traz pontos importantes do processo de enfermagem (tecnologia leve-dura) e, também, apresenta normas de trabalho com equipamentos tecnológicos, como os refrigeradores na sala de vacinas (tecnologia dura);</p> <p>Tem por finalidade organizar, orientar e documentar todo o desenvolvimento do Serviço de Enfermagem, visando cumprir sua missão, que consiste no compromisso e dever dos profissionais da enfermagem para clientes, família, comunidade e equipe de saúde;</p> <p>Traz especificidades da Atenção Básica do município;</p> <p>Atribuições de cada categoria da Enfermagem;</p> <p>Dispõe sobre a Comissão de Ética de Enfermagem - CEE;</p>
<p>São Pedro de Alcântara/SC (2018)</p>	<p>São apresentadas normas gerais de funcionamento do Serviço de Enfermagem, aplicável a todos os profissionais desta área;</p> <p>O serviço interage em todas as áreas, de forma integrada e com a co-responsabilidade da qualidade no atendimento ao paciente e sua atuação é pautada na responsabilidade, competência, conhecimento técnico, científico e humanização;</p> <p>Enfermeiro RT, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem;</p> <p>Competência da Unidade Básica de Saúde, do Enfermeiro RT, do Enfermeiro, do Técnico de Enfermagem, e do Auxiliar de Enfermagem;</p> <p>Os casos omissos no Regimento, serão resolvidos pelos representantes de enfermagem das Supervisões, Coordenadorias e Atenção Básica SMS-SPA;</p> <p>Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE);</p>

<p>São Sebastião/ SP (2013)</p>	<p>Lançado sob a forma de Decreto nº5899/2013 de 6 de dezembro de 2013;</p> <p>Tem por finalidade assistir ao indivíduo, família e comunidade seguindo as diretrizes do SUS: integralidade, enfoque individual e familiar, humanização, intersetorialidade, equidade, democratização do conhecimento e participação popular;</p> <p>O Serviço de Enfermagem das Unidades Básicas de Saúde é subordinado à Divisão de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde e é coordenado tecnicamente por enfermeiros;</p> <p>À Unidade Básica de Saúde compete fomentar e desenvolver ações e serviços no sentido de intervir no processo de saúde-doença-cuidado da população, ampliando a participação e o controle social com vistas à Vigilância à Saúde na defesa da qualidade de vida;</p> <p>Enfermeiro Responsável Técnico - RT, Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem;</p> <p>Funções privativas do enfermeiro na Atenção Básica;</p> <p>Especificidades da Atenção Básica;</p> <p>Enfermeiro e Auxiliar de Enfermagem;</p> <p>Requisitos básicos para cada categoria;</p>
--	--

Quadro 3 - Convergências e divergências

CONVERGÊNCIAS	DIVERGÊNCIAS
Finalidade	Estrutura organizacional de cada município
Apresentação prévia sobre o documento	Explicita a missão do serviço de enfermagem na Atenção Básica
Estrutura organizada em 6 capítulos (da finalidade, das responsabilidades, da estrutura organizacional, dos requisitos e das atribuições, das normas gerais, das disposições gerais)	Além do Regimento, apresenta os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), Processo de Enfermagem, Segurança do Paciente, Cuidados de Enfermagem
Os capítulos contêm artigos inseridos, detalhando o tópico	Descreve o território
Referências bibliográficas foram utilizadas para a construção do documento	Introdução como integrante da estrutura
Seguem um mesmo modelo de atenção à saúde	Carga horária de cada categoria dentro da Atenção Primária
Equipe de enfermagem é composta por Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem;	Normas do serviço de enfermagem
Os profissionais, integrantes das equipes de saúde da família, prestam assistência aos indivíduos, família e comunidade.	Regimento de Enfermagem lançado no Diário Oficial do Município
Modo de se portar no serviço de saúde (vestimenta e calçado adequados)	Serviço de enfermagem no Ambulatório
Órgãos superiores são acionados em casos omissos nos Regimentos	Funções privativas do Enfermeiro Responsável Técnico (RT)

DISCUSSÃO

De acordo com Medeiros, Santos e Cabral (2012), a enfermagem se utiliza de um modelo de processo de trabalho que sistematiza a assistência e direciona o cuidado, permitindo segurança do usuário do sistema de saúde e dos profissionais: a Sistematização da Assistência

de Enfermagem (SAE). Esta representa o instrumento de trabalho do enfermeiro com objetivo de identificação das necessidades do paciente apresentando uma proposta ao seu atendimento e cuidado, direcionando a Equipe de Enfermagem nas ações a serem realizadas. Para tanto, utiliza-se o processo de enfermagem, que pode ser descrito como um instrumento utilizado para as ações do cuidado, através do qual o enfermeiro percebe os problemas de saúde, planeja, implementa as ações e avalia os resultados.

Segundo McEwen (2016), tomar decisões costuma ser entendido como um componente da solução de problemas. Pode ocorrer sem um tempo para uma análise abrangente, uma etapa geralmente exigida na solução de problemas. Além disso, uma decisão pode ser tomada sem a identificação do problema real.

A construção de um Regimento do Serviço de Enfermagem só é possível quando os elaboradores conhecem o funcionamento da Enfermagem no município, sua constituição, como a SAE e o Processo de Enfermagem são utilizados. Portanto, o enfermeiro deve estar presente em sua construção e participar da tomada de decisões frente aos órgãos públicos de saúde.

Além da construção desse documento, o enfermeiro também participa da construção dos Procedimentos Operacionais Padrão (POP). Os resultados de sua utilização demonstram que se trata de uma ferramenta moderna que apoia a tomada de decisão do enfermeiro, possibilita corrigir as não conformidades, permite que todos os trabalhadores prestem cuidado padronizado para o paciente de acordo com os princípios técnico-científicos e, ainda, contribui para dirimir as distorções adquiridas na prática, tendo também finalidade educativa.

Ademais, a adoção de protocolos de cuidados pode proporcionar maior satisfação para a equipe de enfermagem e para o paciente assim como, maior segurança na realização dos procedimentos e, conseqüentemente, maior segurança para o paciente, objetivando garantir um cuidado livre de variações indesejáveis na sua qualidade final, assim como implementar e controlar as ações assistenciais de enfermagem permeadas pela visão de integralidade do paciente.

A prática da Enfermagem exige a observância da legislação profissional, a execução de técnicas corretas e seguras e deve estar centrada no atendimento das necessidades dos clientes\ pacientes.

Com a análise dos Regimentos encontrados, foi possível perceber que este é mais um documento de respaldo legal para a prática da Enfermagem, utilizado durante as fiscalizações dos Conselhos de Enfermagem nas Unidades de Saúde, contribuindo para a organização do processo de trabalho e que auxilia no processo de resolução de conflitos entre as categorias da profissão, tendo em vista que explicita a função de cada um dentro do serviço.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu discutir sobre a importância, a necessidade e as funções de um Regimento Interno de Enfermagem para os serviços de Atenção Básica do país, tendo em vista que este é um documento que melhora a assistência prestada na área da saúde dos municípios, e contribui para mediar conflitos nas relações interpessoais e profissionais, por ser de caráter formal e trazer todas as disposições sobre o profissional de enfermagem.

Considerando-se a concordância dos resultados do trabalho com os objetivos propostos e a questão de pesquisa, sugere-se, com este estudo, a elaboração do Regimento de Enfermagem para o município de Natal/RN, a fim de garantir respaldo legal para os profissionais de enfermagem que trabalham na Atenção Básica.

Além disso, será realizada a devolução dos resultados da pesquisa para a Unidade de Saúde da Família na qual a autora vivenciou a experiência geradora do estudo e será agendado um dia junto à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para apresentar o trabalho e suas deliberações à coordenação de enfermagem/ESF da SMS.

Outrossim, sugere-se a continuação da pesquisa, através do método pesquisa-ação, no qual o COREN/RN poderá elaborar um modelo de Regimento a ser seguido, e as unidades de saúde irão preparar seus próprios documentos, tomando como base o padronizado. Ademais, torna-se importante a elaboração, naqueles municípios que ainda não o possuem, e sua atualização anual nas cidades que já tem o Regimento como documento legal.

REFERÊNCIAS

APPOLINÁRIO, F. **Dicionário de metodologia científica: um guia para a produção do conhecimento científico.** São Paulo: Atlas, 2007.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN N° 564/2017.** Brasília (DF): COFEN, 2017.

COREN-GO. Conselho Regional de Enfermagem de Goiás. **Orientações para elaboração de documentos utilizados no gerenciamento e assistência de enfermagem.** Goiás: COREN-GO, 2015.

COREN-MG. Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. **Regimento do Serviço de Enfermagem (RSE): Subsídios para elaboração.** Belo Horizonte: COREN-MG, 2010.

COREN-PI. Conselho Regional de Enfermagem do Piauí. **Regimento Geral do Serviço de Enfermagem.** Teresina: COREN-PI, 2018.

COREN-RN. Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Norte. **Regimento Interno.** Natal (RN): COREN-RN, 2012.

COREN-RS. Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul. **Regimentos.** RS, 2019.

FIGUEIREDO, N.M.A. **Método e metodologia na pesquisa científica.** 2. ed. São Caetano do Sul: Editora Yendis, 2007.

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CANOAS. **Regimento Interno do Serviço de Enfermagem.** Canoas: FMSC, 2015.

KURCGANT, P. Teorias de administração e os serviços de enfermagem. In: **Administração em Enfermagem.** São Paulo: Koogan, 1991. p. 29-52.

MCEWEN, M; WILLS, E. M. **Bases Teóricas de Enfermagem.** 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

MEDEIROS, A.L.; SANTOS, S.R.; CABRAL, R.W.L. Sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva dos enfermeiros: uma abordagem metodológica na teoria fundamentada. **Rev Gaúcha Enferm,** v. 33, n. 3, p. 174-181, 2012.

OLIVEIRA, M.F. **Metodologia científica: um manual para a realização de pesquisas em Administração.** Catalão: UFG, 2011.

PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe.** Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JUNDIAÍ - SP. **Regimento de Enfermagem.** Jundiaí: 2015.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem.** São Paulo, 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. **Manual de Enfermagem.** Belo Horizonte, 2016.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS/SP. **Regimento de Enfermagem.** Campinas, 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CARAPICUÍBA. **Regimento Interno Procedimentos de Enfermagem na Atenção Básica Município de Carapicuíba.** Carapicuíba, 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE IBIAM/SC. **Regimento da equipe de saúde da Secretaria Municipal de Saúde.** Santa Catarina, 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ. **Regimento da Enfermagem na Atenção Básica.** Maceió, 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE NATAL. **Carteira de Serviços da Atenção Básica de Natal.** Natal, 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **Decreto nº 17.131, de 01 de julho de 2011.** Porto Alegre, 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO. **Diário Oficial - Administração Direta - Saúde.** Ribeirão Preto, 2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO SUL. **Decreto Nº 4.787, de 28 de agosto de 1998.** Santa Cruz do Sul, 1998. D

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LEOPOLDO. **Secretaria Municipal de Saúde.** São Leopoldo, 2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. **Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde.** São Paulo: SMS, 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DE ALCÂNTARA. **Regimento Interno dos Serviços de Enfermagem.** São Pedro de Alcântara, 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO SEBASTIÃO. **Decreto nº 5899/2013.** São Paulo, 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO. **Regimento Interno CMS Vila São Jorge.** Rio de Janeiro, 2013.

ROZENDO, C.A.; GOMES, E.L R. Liderança na enfermagem brasileira: aproximando-se de sua desmitificação. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 6, n. 5, p. 67-76, 1998.

SALES, C. B.; *et al.* Standard Operational Protocols in professional nursing practice: use, weaknesses and potentialities. **Rev Bras Enferm**, v.71, n. 1, p. 126-34, 2018.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.



Parte

**Atenção integral
na enfermagem nos
ciclos de vida**

A EXPRESSÃO DAS VIVÊNCIAS DE CRIANÇAS NO CONVÍVIO COM O ADOECIMENTO CRÔNICO MEDIADA PELO DESENHO

Iago Matheus Bezerra Pedrosa
Katarine Florêncio de Medeiros
Jonas Sâmí Albuquerque de Oliveira

INTRODUÇÃO

O processo do cuidado prestado às crianças e aos adolescentes portadores de doenças crônicas é complexo, pois consiste em abordagem multifatorial que compreende, além da doença propriamente dita, a família, as influências culturais, a condição econômica e social, as hospitalizações, assim como o acesso aos serviços de saúde (ARAÚJO, 2020).

A doença crônica consiste em um problema de saúde, com duração mínima de três meses que acarreta internações hospitalares repetidas e afeta o cotidiano da criança (BOYSE, 2012). Crianças com acometimento crônico são mais susceptíveis a injúrias psicológicas, afastamento social e deficiências escolares, comparadas com crianças saudáveis (VULETIĆ, 2017).

A criança acometida por doença aguda ou crônica tem a percepção ao processo de internação hospitalar e tratamento relacionados às próprias vivências, aos conhecimentos prévios, às expectativas e imaginações a respeito do hospital (BOLAT, 2018). A tríade - doença, hospitalização, tratamento - constitui vivência que causa medo, angústia e perturbação, em casos de vivências anteriores negativas para as crianças (UYSAL, 2018).

A hospitalização implica evento desagradável para criança e familiares, pois consiste na realização de processos invasivos e dolorosos. Com isso, destaca-se a importância da assistência de enfermagem humanizada, com conhecimento da multidimensionalidade da criança e subjetividade, com vistas à redução de dor e ao alívio de eventos traumáticos (COSTA, 2016).

Para o enfrentamento da doença, são necessários desenvolvimento e fortalecimento de uma rede de apoio às crianças, fundamentada nas diretrizes preconizadas pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que garante a atenção integral à saúde da criança, considerando os determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde, assim como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), principal instrumento normativo do Brasil sobre os direitos da criança e do adolescente, que determina direitos e garantias fundamentais à proteção integral às crianças e adolescentes (SANTOS et al, 2016).

Assim, por considerar a necessidade de integralidade no cuidado, torna-se relevante a percepção dos contextos histórico, social e familiar dos sujeitos, sendo a comunicação e o vínculo, aliados à empatia, ferramentas importantes para o fortalecimento das relações em serviços de atenção às crianças e aos adolescentes, o que torna a assistência mais humanizada (HASLUND-THOMSEN, 2021).

O desenho consiste em uma atividade contemporânea na vida das crianças, em que se manifestam cognição, habilidades, traços de personalidade, desenvolvimento e interesses. A expressividade artística infantil é um reflexo das aptidões psíquicas e dos estímulos ambientais vivenciados, além de ser ferramenta de estudo do desenvolvimento infantil, permite o melhor entendimento das condições emocionais de uma criança com adoecimento agudo ou crônico (VULETIĆ, 2017).

O desenho é um instrumento favorável a esse processo, pois, além de ser desenvolvido por toda criança durante a infância, possibilita o lugar de fala, ainda que essa fala não seja sonora. Possui grande potencial de revelar o que está oculto, o que é impedido de ser dito, pelo fato de a doença surgir como barreira que inviabiliza a efetividade da comunicação (MÉREDIU, 2017).

Existem dados limitados que concentrem a abordagem na interpretação e nas análises de desenhos de crianças hospitalizadas com doença crônica. Todavia, é importante entender o que pode ser revelado por meio de desenhos, para pensar formas de melhorar a qualidade dos serviços de saúde, a afetividade, a comunicação, a humanização e o acolhimento de pacientes e familiares, tornando o processo de adoecimento menos doentio e sobrepunando a assistência tecnicista, que compreende o cuidar em procedimentos técnicos (BÉDARD, 2013).

No entanto, o presente estudo segue o pressuposto da existente premência de incluir, no âmbito hospitalar, novas ferramentas que viabilizem formas de expressões, que objetivem a compreensão dos processos subjetivos do adoecimento crônico elaborados por crianças dentro dos espaços de hospitalização. A compreensão desses processos possibilita o desenvolvimento de estratégias que busquem o entendimento dos sujeitos e das necessidades específicas destes, aproximando-os às suas próprias realidades.

No tocante ao exposto, objetivou-se conhecer as perspectivas pessoais do viver e conviver com a doença crônica, a partir de relatos históricos e desenhos representativos, elaborados por crianças hospitalizadas.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa. A pesquisa foi desenvolvida na Enfermaria Pediátrica do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL/UFRN), na capital do estado do Rio Grande do Norte, Natal, Brasil.

Compuseram este estudo cinco crianças em idade escolar e adolescentes, dos quais, três foram meninas e três meninos, com idades entre oito e 14 anos, faixa etária escolhida, por compreender o período em que a criança apresenta autonomia e condições intelectuais para expressar os aspectos subjetivos da doença. Os participantes receberam pseudônimos referentes a personagens das histórias em quadrinhos da Turma da Mônica, a fim de resguardar suas identidades: Mônica, Magali, Tina, Cebolinha e Jeremias.

Os procedimentos foram realizados em quatro etapas: seleção das crianças internadas na enfermaria pediátrica que se enquadraram nos critérios de inclusão; abordagem e apresentação acerca da pesquisa; entrevista individual com a criança e participação do responsável; e utilização de técnicas projetivas - desenho livre e desenho temático. A coleta do material foi realizada de março a abril de 2020.

Na primeira etapa, realizou-se a análise do quadro de monitoramento dos pacientes internados naquele período e seleção das crianças que se incluíam nos critérios estabelecidos pela pesquisa. Foram critérios de inclusão: ser de ambos os sexos; estar na faixa etária escolar ou da adolescência; possuir qualquer doença crônica, com diagnóstico médico sem tempo determinado, que estivesse hospitalizado (a) na referida unidade; e ter capacidade física e cognitiva para corresponder aos objetivos da pesquisa.

Os de exclusão: pacientes que apresentassem comprometimento físico, neurológico e/ou cognitivo que os impossibilitassem de prestar correspondência aos questionamentos da pesquisa; ou pacientes impossibilitados de corresponder as questões por qualquer circunstância não inclusa no critério anterior, como aqueles com deficiência visual ou auditiva, traqueostomizados ou com acesso venoso em membro que os impedisse de confeccionar desenhos.

Na segunda etapa, procedeu-se à explanação breve sobre a pesquisa à criança e ao responsável, além da solicitação de participação da criança e autorização do responsável. Após solicitação, postularam-se as assinaturas dos termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), pelo responsável e pela criança, respectivamente.

A entrevista semiestruturada antecedeu à coleta dos desenhos. Utilizou-se de roteiro com questões norteadoras abertas referentes aos temas, as quais tiveram linguagem adaptada, sem alteração do sentido, a fim de melhorar o entendimento dos participantes, devido às faixas etárias, sendo também realizadas as indagações necessárias.

Na etapa referente às técnicas projetivas, as crianças foram atendidas individualmente, em ambiente confortável e silencioso. Na ocasião, solicitou-se a confecção de um desenho livre ou temático sobre uma situação marcante da sua história de vida ou acerca do tratamento/hospital, salientando-se a livre escolha dele, que poderia representar situações positivas ou negativas. Para tal, utilizaram-se de folhas de papel ofício A4, lápis com 12 cores, lápis grafite,

borracha e apontador. Em seguida, solicitou-se a explicação de forma livre acerca do desenho.

A análise das falas e categorizações, baseou-se na análise de conteúdo composta por três etapas: a primeira etapa, descrita como pré-análise, consiste na leitura flutuante como forma de aproximação preliminar com os dados. A segunda etapa, compreende a exploração do material, onde é realizada a codificação das informações contidas no material buscando alcançar o núcleo de sentido do texto. Por fim, a terceira etapa, que se refere ao tratamento dos resultados e interpretação (BARDIN, 2016). Enquanto, a análise dos desenhos em profundidade baseou-se no olhar teórico sobre o grafismo infantil (BÉDARD, 2013; MÉREDIU, 2017).

As exigências éticas estabelecidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, foram cumpridas, sendo a pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), conforme parecer nº 3.301.327.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes do estudo apresentavam diagnóstico médico de doença crônica, tanto desde o nascimento, quanto há poucos anos. Dentre os diagnósticos, citam-se a síndrome nefrítica, fibrose cística, lúpus eritematoso sistêmico, insuficiência renal e doença desmielinizante óptica, conforme ilustrado no quadro 1.

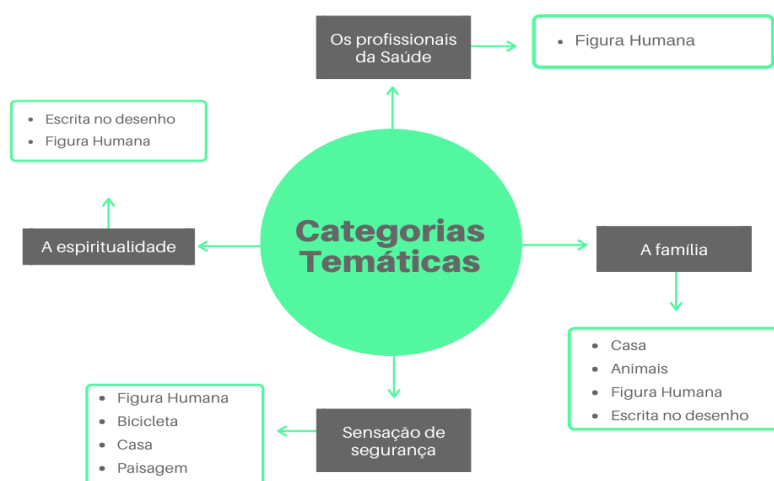
Quadro 1 - Dados e caracterização dos participantes da pesquisa. Natal, RN, Brasil, 2020.

Pseudônimos	Idades	Sexos	Diagnósticos Principais
Magali	8	Feminino	Síndrome Nefrítica
Jeremias	10	Masculino	Fibrose Cística
Mônica	12	Feminino	Lúpus Eritematoso Sistêmico
Tina	14	Feminino	Doença desmielinizante óptica
Cebolinha	14	Masculino	Insuficiência Renal

As crianças revelaram, por meio do desenho, sentimentos, emoções e experiências relacionadas ao convívio com o adoecimento crônico. Desenharam e contaram histórias sobre a experiência de viver e conviver com a doença crônica.

As categorias temáticas que emergiram do processo de análise das falas e sua relação com os elementos contidos nos desenhos analisados, estão representados na figura 1.

Figura 1 - Árvore temática do estudo.



Analisando os cinco desenhos, dos quais um era temático e quatro eram desenhos livres. Três desenhos continham a representação humana ou o autorretrato, sendo que apenas uma criança incluiu duas profissionais de saúde, médica e enfermeira no desenho. Em três desenhos, as crianças representaram suas casas, elementos da natureza e atividades desenvolvidas no cotidiano.

Os profissionais da saúde

Apenas uma criança incluiu as profissionais de saúde no desenho. O desenho foi produzido por Cebolinha, uma criança de 14 anos de idade. A Figura 2A trata da elaboração gráfica referente a uma enfermeira e uma médica, o desenho está distribuído no centro do papel, as profissionais, por sua vez, foram produzidas por meio de traçados que fogem à realidade, com estrutura corporal exagerada. No entanto, a criança descreveu as profissionais com rostos sorridentes e de braços abertos. Normalmente, as crianças representam, em desenhos, os profissionais de saúde, principalmente por se tratar dos profissionais responsáveis pela assistência à criança hospitalizada.

Cebolinha demonstrou no desenho que o cuidado e a boa relação com as profissionais foram essenciais para criação de um ambiente seguro. Apesar de ter sido a única criança a representar as profissionais, as demais crianças participantes deste estudo consideraram o papel dos profissionais de saúde importante no processo de adequação à hospitalização e aceitação da condição de saúde, a importância se deu, seja pela ação das enfermeiras em trazer o medicamento, por tratarem a criança bem, ou pela ação dos médicos em realizarem procedimentos invasivos

e investigarem sobre o quadro clínico da criança:

Os profissionais que eu acho mais importante são os médicos, os nefrologistas, os pediatras, os enfermeiros, os nutricionistas [...]. Todos pesquisando a fundo, fazendo exames, colhendo tudo para saber o que está acontecendo. (Magali, 8 anos)

A figura 2 apresenta os desenhos por categoria temática (2020).

Figura 2 - Desenhos por categoria temática.



A - Desenho temático de uma enfermeira e médica, realizado por Cebolinha, 14 anos. B - Desenho livre de uma casa, árvores, sol e nuvem, realizado por Magali, 8 anos. C - Desenho livre de um pasto com flor e um cavalo, uma casa, sol e nuvens, realizado por Tina, 14 anos. D - Desenho livre de um jogo no campo de futebol, uma casa, uma bicicleta e um sol, realizado por Jeremias, 10 anos. E - Desenho livre de uma garota que fica feliz ao lembrar de Deus, da família e dos amigos, realizado por Mônica, 12 anos.

Sendo assim, é possível inferir que a construção da relação entre o profissional e o paciente se faz ao longo da trajetória terapêutica. A partir do desenho, a criança consegue dar significado aos profissionais que prestam os cuidados, os quais vão além de procedimentos

técnicos, como hemodiálise, abordagem cirúrgica, implante de cateter, acessos venosos, injeções, entre outros. O enfermeiro, o técnico de enfermagem, o médico, o nutricionista, o psicólogo e fisioterapeuta são as figuras mais presentes ao longo do tratamento intra-hospitalar, embora, em muitos casos, a criança não consiga distinguir uma profissão da outra.

No entanto, algumas falas de pacientes que compuseram este estudo confirmam o que vem sendo relatado na literatura acerca da constante associação da imagem do profissional, principalmente o profissional de enfermagem, com os instrumentos técnicos de trabalho (COSTA, 2016). Essa associação dificulta a construção do relacionamento interpessoal e corrobora a inadequação ao cenário da hospitalização por parte da criança, tornando esse processo ainda mais doloroso.

Essas afirmações são evidentes nas falas de uma das crianças entrevistadas, que ao ser questionada sobre quem são os profissionais que cuidam dela, relatou:

Somente as enfermeiras não cuidam de mim... [Por que você tem essa ideia sobre as enfermeiras?... Porque me dão injeção, não gosto das injeções, mas gosto das enfermeiras. (Magali, 8 anos)

Nesse sentido, o profissional é visto como o responsável por desempenhar a função de cuidar e, além disso, por realizar os procedimentos técnicos, geralmente invasivos. As crianças relatam as técnicas, que geralmente causam dor e sofrimento, mas entendem que são fundamentais para restauração da saúde. Compreendem, também, que os procedimentos são necessários para o tratamento e buscam reconhecer as condutas agressivas, também, como forma de cuidar, explícito na seguinte fala:

[...] quando eu preciso dos medicamentos, elas [enfermeiras] me ajudam, ela [médica] me ajudou, fez até uma cirurgia e colocou um cateter. (Cebolinha, 14 anos)

O cuidar tem característica de dualidade, acredita-se, portanto, que o cuidar não é somente entendido como algo bom, que traz prazer e satisfação, mas também é visto como algo doloroso e invasivo, mas necessário para o tratamento da doença.

A representação gráfica do profissional de saúde, em estudos, mostrou que outros elementos foram empregados à imagem do profissional, como seringas, quepe, bata branca, estetoscópio (CALBAYRAM, 2018). No entanto, nesses estudos, as crianças representaram os profissionais de forma positiva, isso demonstra que os profissionais de saúde podem, mediante as relações positivas, promover a mudança dos significados das experiências de saúde e doença dessas crianças, tornando a hospitalização e o adoecimento menos traumáticos.

Assim, a imagem do profissional sob a óptica da criança hospitalizada, sobretudo, deve ser de alguém que está para oferecer o cuidar e dar amparo mediante as necessidades. No que diz respeito ao cenário da hospitalização, a equipe multiprofissional deve traçar estratégias para o fortalecimento dos laços com o paciente e os familiares, pois a interação e o relacionamento construído entre essa tríade são importantes, para que se sintam seguros e confiantes em relação aos cuidados prestados (MACHADO, 2018).

Ainda, é imprescindível interação afetiva da equipe multidisciplinar para construção de relações saudáveis. Nesta perspectiva, os profissionais devem pensar em instrumentos próprios do universo infantil, como o brincar, o desenhar, o teatro, para construir essa relação, além disso, salienta-se que esses instrumentos permitem que a criança expresse os sentimentos que, em muitos casos, não são expressos por meio da linguagem verbal (SANTOS, 2016).

Neste estudo, as crianças reconheceram os profissionais como inspiração e desejaram ser iguais a eles, como forma de retribuir os cuidados que receberam a outras crianças que vivenciam a mesma experiência que elas. Essa afirmação se encontra evidenciada nas falas:

Quero ser pediatra e me especializar em nefrologia, ah... porque tudo isso mexeu muito comigo, aí, eu quero também ajudar as crianças. (Mônica, 12 anos)

Não sei, eu acho que porque também as enfermeiras cuidam de mim e eu também quero cuidar de crianças doentes. (Magali, 8 anos)

Portanto, a elaboração gráfica do profissional de saúde revela, de forma positiva, o importante papel que os profissionais assumem nos cuidados às crianças portadoras de doenças crônicas.

A família

O ato de desenhar está intimamente ligado à ação de representar algo ou um objeto significativo. A casa foi representada em pelo menos três dos cinco desenhos deste estudo. Na Figura 2B, o desenho está centralizado e ocupa a extremidade superior da folha na vertical, é possível identificar elementos da natureza, como árvore, sol e nuvens, o desenho foi elaborado por Magali de 8 anos. Enquanto isso, o desenho da Figura 2C ocupa toda a superfície da folha na horizontal e possui vários elementos: casa, pasto, cavalo, flor, sol e nuvens, foi produzido por Tina de 14 anos. Também é identificada a representação de uma casa no desenho da Figura 2D que, por sua vez, encontra-se situada na parte inferior esquerda do papel.

A casa no desenho das crianças representa o lugar mais íntimo. As crianças citam a casa para expressar o sentimento de saudade, por estarem longe da família, dos amigos e, até mesmo,

da escola. O interior da casa ou peridomicílio são os locais em que a criança desempenha as atividades de lazer e o fortalecimento de vínculos, no entanto, com o diagnóstico de doença crônica, elas são submetidas às sucessivas consultas e internações que as distanciam desses ambientes pessoais.

Dessa forma, entende-se que a casa é a representação social da família que, no campo sociológico, é a primeira e principal instituição social que se detém à formação do ser (pessoa) social, sobretudo, no que concerne à inserção do indivíduo na sociedade, tornando-o apto à integração e interação com as demais instituições sociais.

Assim, entende-se que o conhecimento adquirido pela criança, por meio das relações com o grupo a qual pertence, é transformado e recebe um outro significado decorrente do que foi vivido. É possível, portanto, obter representações apreendidas por meio das produções elaboradas pela criança, a partir de experiências próprias. Representar algo não é simplesmente repeti-lo, mas reconstituí-lo, modificando o texto (PRAÇA, 2004).

Assim, a criança que, em desenho, elabora a estrutura de uma casa, consegue recriar esses significados. A casa, certamente, possui um valor imensurável que, no aspecto da doença, assume um significado ainda maior, considerando que é o lugar onde ela vive, ou onde deveria passar maior parte do tempo com a família. Com o adoecimento crônico, o hospital se torna o lugar mais frequentado pela criança, ocasionando a ruptura e perda de relações importantes para o desenvolvimento desta e que são construídos exclusivamente no ambiente familiar.

É neste cenário (casa) que a criança desenvolve as primeiras relações, sejam elas positivas ou negativas. A casa é o ambiente mais explorado pela criança ao longo de toda a infância, é um meio de verdades, onde acontecem a construção e o fortalecimento dos laços afetivos, além do desenvolvimento das primeiras experiências cognitivas. Ainda, a casa pode ser determinada como o lugar de refúgio, o exílio do universo desconhecido e assustador (MÉREDIU, 2017).

Estar doente e ter uma condição crônica de saúde implicam, sobretudo, mudanças e ajustes, tanto no ambiente familiar quanto no ambiente hospitalar, determinando um novo estilo de vida, que nem sempre é aceito. A doença crônica exige mudanças nos hábitos alimentares, com restrições severas, adequação ao espaço físico, uma vez que a criança vivencia limitações e restrições diárias que alteram o ritmo de vida.

Ao considerar que as crianças que faziam parte deste estudo se encontravam em internação, é evidente o desejo de retorno para o ambiente social de referência, ou seja, o lar, a família. No entanto, é possível transformar o ambiente hospitalar no mais próximo de uma casa, para que a criança possa se adequar melhor à realidade que é imposta a ela.

O papel da família é marcado e enfatizado ao longo deste estudo. Os familiares, o hospital, na figura dos profissionais da saúde, assumem a rede de apoio à criança, eles são os

principais agentes que estão à frente do cuidar, e os cuidados precisam ser pautados sobre a óptica da humanização, sobretudo, deve-se considerar a individualidade e singularidade de cada sujeito, respeitando os processos vivenciados pela criança durante a fase de adoecimento.

Sensação de segurança

O traçado da figura 2D foi realizado por Jeremias, criança de 10 anos. É possível identificar, no desenho, elementos diversos: a criança, a representação gráfica do pai, o sol, a bicicleta, uma casa, todos inseridos em um contexto de jogo de futebol, sugerindo que todos os elementos estão ligados entre si. Percebe-se que a imagem está bem distribuída no espaço da folha, compondo-a completamente, com cores fortes, com traçado forte, na maioria dos detalhes, tendo um personagem com impressão menos expressiva e ambos sem pintura.

Como não foi estabelecida temática específica para o desenvolvimento da arte, as crianças foram deixadas à própria imaginação e, por isso, expuseram detalhes variados, personagens, cores e elementos diferentes em um único desenho, característica observada nos desenhos das Figuras 2B-D.

Por meio do desenho, as crianças buscaram revelar a presença e participação dos pais nas ações relacionadas ao cuidar, sendo compreendidos como agentes responsáveis por transmitir segurança no ambiente íntimo. As crianças do estudo descreveram que as ações carinhosas dos pais as ajudaram a se sentirem seguras e a compreenderem sobre o momento em que elas estavam vivenciando.

Destaca-se a representação da bicicleta que, neste desenho, relaciona-se com os momentos de diversão, bem como a afetividade, o companheirismo e a união dos pais como elementos essenciais para enfrentamento da doença pela criança e pelos familiares.

Tem vezes que eu fico indo para a praia com o meu pai de bicicleta [...] teve uma vez que fui eu, meu pai e minha mãe, ele levou minha mãe na bicicleta e eu fui na minha sozinho. (Jeremias, 10 anos)

Além disso, a descrição de elementos que representam o cotidiano da criança, seja antes ou durante o adoecimento, relacionam-se com as relações familiares. O cavalo da Figura 2C, além de ser compreendido como um animal de estimação e que promove lazer, também é entendido como um mecanismo utilizado pela criança para guardar as lembranças dos familiares e de momentos marcantes, essa afirmação foi percebida pelo pesquisador no ato da entrevista com a criança responsável pelo desenho.

Ademais, os desenhos que representaram casa, paisagem, animais, neste estudo, fizeram alusão ao relacionamento afetivo da criança com os pais e à família. Os elementos da natureza, os animais, os brinquedos, em grande maioria, foram relacionados à figura humana.

Além disso, as crianças também relataram que a vivência com a doença criou elos de união entre os familiares, observou-se que, ao descobrirem a doença, os familiares ficaram unidos para auxiliar nos cuidados à criança, corroborando para o enfrentamento da doença e tornando essa experiência menos traumática.

Portando, indica-se que o processo do cuidado e a terapêutica ao doente crônico pediátrico deve ser abrangente aos pais, pois eles são indispensáveis no processo de avaliação de resultados quanto ao atendimento oferecido no ambiente hospitalar (KÖSE, 2020).

O processo de adoecimento atinge, além da criança, a família concomitantemente, torna-se um processo doloroso e estressante para todos, haja vista os pais possuírem expectativas em relação ao acompanhamento profissional, ao apoio prestado durante a hospitalização, ao ambiente e cuidado ao qual o filho está sendo inserido (ULUS, 2012). O contentamento dos pais está relacionado com a satisfação das necessidades humanas das crianças durante a terapêutica (ULUS, 2012). Sobretudo, entende-se que a participação dos pais no cuidado à criança com doença crônica é essencial para garantia da qualidade de vida e enfrentamento da doença.

A espiritualidade

Esse tema inclui a perspectiva da criança sobre as formas de conforto para superação da dor, seja ela física ou psíquica. Identifica-se que a criança apresenta como estratégia para superar os momentos tristes a necessidade da proteção divina, além da recordação da família e dos amigos ou o desejo de estar perto dessas pessoas.

Na expressão gráfica da figura 2E, percebeu-se o uso da autoimagem, com característica mais emblemática ao cabelo longo e pintado com cor forte, aos olhos em tamanho minúsculo e ao sorriso largo demonstrando alegria. Complementando a expressividade por meio do desenho, houve a utilização, por meio da grafia, retratando-se Deus, família e amigos, assim como a escrita de frases completas. A criança demonstrou, por meio da representação gráfica, existência força e resiliência para superar a tristeza vivenciada pelo sofrimento da doença, extraídas pela espiritualidade emergente.

Logo, três crianças deste estudo, mesmo não representando no desenho, evidenciaram nas falas que a doença as fez ficar mais próximas de Deus, permitindo-lhes ter maior aproximação com a espiritualidade, revelando a espiritualidade como mecanismo de fortalecimento e superação.

Eu fiquei muito mais próxima de Jesus e de Deus, por causa que, antes eu cheguei a acreditar que Ele não existia. Depois da doença, eu percebi o quanto a gente precisa e o quanto Ele é necessário em nossas vidas. (Tina, 14 anos)

Sendo assim, as narrativas dos participantes do estudo ao declararem a lembrança em Deus como forma de soerguimento do estado emocional transparece o estado de solidão em que se encontra, ao mesmo tempo que transmite a sensação de impotência em meio ao adoecimento, refletindo profunda confiança em Deus como protetor e consolador e fonte de força e fé:

Eu peço a Deus para ficar bem. (Magali, 8 anos).

A espiritualidade consiste na conexão do indivíduo com Deus, Universo ou Força Superior que o ajuda a desenvolver resiliência em diversas situações da vida. O fato de a criança ter a certeza em ser ouvida por um ser espiritual auxilia no alívio da dor, na redução de prejuízos físicos e emocionais, melhorando o bem-estar psicológico (HLATSHWAYO, 2018).

O significado da espiritualidade e religiosidade se relacionam com as experiências de adoecimento e terapêutica, tanto para pacientes quanto para familiares, assim como forma de fortalecimento e equilíbrio contra o processo de adoecimento. As crianças podem crer em Deus como a figura de um consolador (MATA-MCMAHON, 2016).

Estudo realizado com cinco crianças, em um hospital público de atenção terciária no Brasil revelou a prática espiritual como uma das estratégias de controle e superação da dor em crianças acometidas por anemia falciforme, assim como cita a prática da oração como fator de melhora no quadro clínico. Assegura o apoio espiritual e o reconhecimento da fé como prática influenciada por parentes para ultrapassar problemas (CUSTÓDIO, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A obtenção dos dados deste estudo revelou que a utilização do desenho como técnica projetiva foi um instrumento que auxiliou na percepção da vivência das crianças, principalmente no que se refere às experiências pessoais sobre viver e conviver com a doença crônica. O desenho, enquanto objeto de estudo primitivo, é uma ferramenta importante para o desenvolvimento de uma comunicação efetiva, além de ser uma linguagem utilizada para criar e recriar sentimentos, emoções e dar significados aos objetos e às experiências vividas, além de ser uma oportunidade para que a criança seja compreendida.

A criança que convive com o adoecimento crônico passa por diversos processos adaptativos. Proporcionar um espaço de comunicação, interação e liberdade é de extrema importância, para que ela se adeque ao novo estilo de vida imposto pela condição de doença, bem como para aceitação da enfermidade. Os desenhos não são apenas traços simples, sem significação, mas se observados com cuidado, de maneira mais importante, podem fazer referência ao inconsciente e, assim, as informações obtidas por meio do desenho podem contribuir para o entendimento das necessidades da criança.

Ademais, neste estudo, o desenho, além de ser uma ferramenta terapêutica, oportunizou às crianças a expressão do sentir e do viver, bem como as aspirações para o futuro. No entanto, valendo-se disso, os profissionais da saúde, principalmente os da enfermagem, podem pensar formas de promover práticas e saberes que englobem aspectos sociais, culturais e de saúde que possam auxiliar nos cuidados à criança. Sugere-se que outras ferramentas sejam utilizadas dentro do espaço de hospitalização, como o teatro, o brincar e o lúdico, para o fortalecimento das relações harmônicas.

As limitações do estudo consistem no quantitativo da amostra e no fato de ter sido realizado em único local de coleta de dados, perfazendo apenas um contexto social das crianças. Por isso, os resultados não podem ser generalizados para outras crianças com adoecimentos crônicos. São indispensáveis mais estudos voltados à elaboração de desenhos por crianças hospitalizadas para um relato mais completo das perspectivas pessoais do viver e conviver com a doença crônica, análises e interpretações de desenhos representativos.

Compreender e analisar desenhos de crianças doentes podem constituir meios de reconhecer como a equipe de enfermagem pode orientá-las com sucesso para superar momentos difíceis durante o tratamento e as internações, utilizando-se do desenho como ferramenta de avaliação e método terapêutico.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Y.B.; *et al.* Predictive model of hospitalization for children and adolescents with chronic disease. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 2. 2020.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BÉDARD, N. **Como interpretar os desenhos das crianças**. 1ª ed. São Paulo: Editora Isis, 2013.

BOLAT, E.Y. Children with continuous disease and hospital schools. **Journal of National Education**, v. 47, n. 218, p. 163–185, 2018

BOYSE, K.; BOUJAOUDE, L.; LAUNDRY, J. **Children with Chronic Conditions**. Michigan: University of Michigan, 2012.

ÇALBAYRAM, NÇ.; ALTUNDAĞ, S.; BAHISE, A. Investigating Children's Perception of Nurses Through Their Drawings. **Clin Nurs Res**, v. 27, n. 8, p. 984-1001, 2018.

COSTA, T.S.; MORAIS, A.C. A hospitalização infantil: vivência de crianças a partir de representações gráficas. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 11, n. 1, p. 358-367, dez. 2016.

CUSTÓDIO, L. L.; *et al.* Drawing pain for children with sickle cell anemia: the pain that hurts, really hurts. **Revista Dor**, v. 18, n. 4, p. 321-326, 2017.

HASLUND-THOMSEN, H; BAUDITZ, S.J.; KRISTENSEN, H.N. Familiar in the Unfamiliar - Children's, Parents', and Healthcare Professionals' Experiences of Procedure-Related Anesthesia in the Pediatric Oncological Ward. **J Pediatr Nurs**, v. 61, p. 40-46. 2021.

HLATSHWAYO, G.M.; MUTHUKRISHNA, N.; MARTIN, M. 'nhliziyo ekhombisa uthando: Exploring children's conceptions of spirituality. **J Psychol Africa**. v. 28, n. 1, p. 56-61, 2018.

KÖSE, S.; ARIKAN, D. The Effects of Cartoon Assisted Endoscopy Preparation Package on Children's Fear and Anxiety Levels and Parental Satisfaction in Turkey. **J pediatric nursing**. v. 53, p. 72–79, 2020.

MACHADO, A.N.; *et al.* Doença crônica infantojuvenil: vínculo profissional-família para a promoção do apoio social. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, 2017-290, 2018.

MATA-MCMAHON, J. Reviewing the research in children's spirituality (2005–2015): proposing a pluricultural approach. **Int J Children's Spirituality**, v. 21, n. 2, p. 140-152, 2016.

MÉREDIU, F. **O desenho infantil**. 12ª ed. São Paulo: cultrix, 2017.

O'BRIEN, B.C.; *et al.* Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. **Acad Med**, v. 89, n. 9, p. 1245-1251, 2014.

PRAÇA, K.B.D.N.; VIEITES, H.G. A representação social do trabalho do psicólogo. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 24, n. 2, p. 32-47, 2004.

SANTOS, P.M.; *et al.* Os cuidados de enfermagem na percepção da criança hospitalizada. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 69, n. 4, p. 646-653, 2016.

ULUS, B.; KUBLAY, G. Pedsqı sađlık bakımı ebeveyn memnuniyet ölçeđinin Türkçe'ye uyarlanması. **ACU Sađlık Bil Derg**, v. 3, p. 44–50, 2012.

UYSAL, G.; *et al.* Hastanede yatan çocukların hemşire algısının resim çizme yöntemi ile incelenmesi: Projektif araştırma. **Mersin Üniversitesi Sađlık Bilimleri Dergisi**, v. 11, n.1, p. 62-74, 2018.

VULETIĆ, A.; KARDUM, G.; REIĆ-ERCEGOVAC, I. Analiza crteža kronično i akutno oboljele djece. **Paediatrica Croatica**, v. 61, n. 4, p. 197-202, 2017.

OS APELOS NAS REDES SOCIAIS SOBRE A CRIANÇA CONVIVENDO COM A PANDEMIA DE CORONAVÍRUS

Ana Luíza Cunha de Carvalho
Wanesca Caroline Pereira
Jonas Sâmí Albuquerque de Oliveira

INTRODUÇÃO

A infecção pelo Coronavírus caracteriza-se pela presença de um quadro respiratório agudo que pode ser assintomático, na maioria dos casos diagnosticados, a quadros leves, como um resfriado, até quadros mais graves, que exigem atendimento hospitalar e intervenções de suporte intensivo. O Ministério da Saúde (OMS, 2020) traz os sintomas de quadro febril ou febre aliada a inflamação na garganta, cefaleia, tosse e coriza. Outros casos podem apresentar-se com anosmia, ageusia, astenia, hiporexia, distúrbios gastrointestinais, como náusea, vômito, diarreia e dispneia.

Sabe-se que o Coronavírus é transmitido pelo contato de pessoas doentes com outras através de gotículas e/ou aerossóis emitidas pela tosse e pelos espirros, pelo contato direto como apertos de mão, bem como pelo contato indireto através de superfícies como bancadas, aparelhos telefônicos e maçanetas. A Organização Pan-Americana de Saúde sugere medidas de prevenção que envolvem lavagem frequente de mãos, cobrir boca e nariz ao tossir ou espirrar, manter o distanciamento social de um metro entre as pessoas, além de reforçar a importância do uso de máscaras (OPAS, 2020).

Naturalmente, pessoas idosas e/ou com comorbidades, como os cardiopatas, pneumopatas e os que apresentam hipertensão arterial, diabetes mellitus, tuberculose, câncer e asma, possuem uma maior suscetibilidade a desenvolverem os quadros mais graves da doença. Porém, não exime nenhum indivíduo do risco do contágio, seja ele de qualquer faixa etária, como crianças e adolescentes (EUA, 2020).

A alta taxa de reprodução e disseminação do vírus, associada ao desconhecimento científico da população e das autoridades, levou a números exorbitantes de casos e mortes desde o início do ano de 2020. O número elevado de internações hospitalares associado ao despreparo teórico-prático das instituições, a falta de um antiviral eficaz e específico, bem como a inexistência da vacina, deixou as pessoas a mercê de uma grave infecção respiratória onde, basicamente, o conhecimento era construído na vivência da doença (SAFADI, 2020).

Apesar de poucos, casos de crianças e adolescentes foram registrados, porém não está claramente definido quais são os fatores de risco para a forma grave da doença nessa faixa etária. Os dados oficiais relacionados a casos na pediatria ainda são escassos devido ao baixo número de casos apresentados por crianças, dificultando a análise das suas condições (RAMOS, 2020).

Diante dessa perspectiva, teorias imunológicas tentam explicar a proteção natural que as crianças apresentam como forma inata de defesa às formas graves do Coronavírus. O comportamento do sistema imunológico das crianças difere dos adultos na expressão de níveis elevados de moléculas do sistema imunológico que atuam nas fases iniciais da infecção e que pode contribuir para o controle da multiplicação viral, tornando muitos casos assintomáticos (DIAS; PINTO, 2020; PIERCE *et al.*, 2020). Com isso, a maior preocupação é essas crianças serem um importante meio de transmissão e disseminação da doença para pessoas mais velhas.

Como forma de reduzir e conter os níveis de transmissibilidade de um vírus que, até então, tinha etiologia desconhecida, órgãos de saúde pública decretaram o isolamento social, além de estabelecer medidas e normas de segurança para serviços considerados essenciais. Essa decisão levou ao fechamento do comércio - lojas, bares e restaurantes - e suspensão de aulas - creches, escolas e universidades - e de trabalhos presenciais. Além disso, em algumas cidades houve necessidade do *lockdown*, a forma mais rígida do distanciamento social com a proibição da circulação da população de forma livre (BASSAREO; CALCATERRA; FANOS, 2020).

Ademais, com o confinamento de crianças, jovens e adultos em seus domicílios, as mídias sociais tornaram-se um importante veículo de disseminação de informações a respeito da nova pandemia devido à alta velocidade na geração de dados (XAVIER *et al.*, 2020). Além disso, tornou-se um meio encontrado de refúgio para amenizar e/ou superar as consequências provocadas pela quarentena. Assim, a consolidação das mídias sociais nesse período, deu suporte, engajamento e influenciou indivíduos a uma determinada prática ou comportamento, seja para compartilhar informações relacionados aos cuidados à saúde, seja de represália e/ou de cobrança ao governo e órgãos oficiais de saúde (FERENTZ *et al.*, 2020).

Nesse sentido, este cenário instiga o seguinte questionamento: que apelos têm expressão em uma mídia social sobre o tema crianças e o coronavírus no contexto da pandemia de COVID-19? Para tanto, o objetivo deste estudo é conhecer e analisar os apelos que têm expressão em uma mídia social sobre o tema criança e o coronavírus no contexto da pandemia de COVID-19.

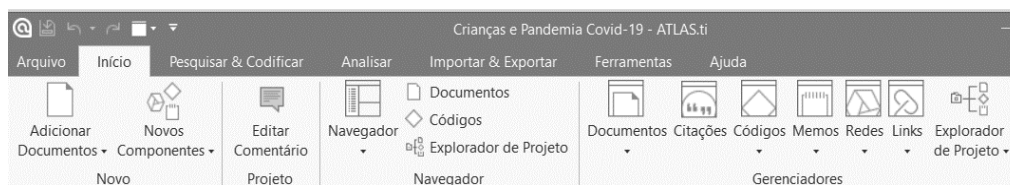
MATERIAL E MÉTODO

Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, de base documental, orientado pelos pressupostos do Documento da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), agenda de 2015 a 2030. O cenário do estudo é composto por uma mídia social - o *Twitter* - por meio de suas publicações no cenário internacional. A busca pelas publicações ocorreu de 01 a 10 de outubro de 2020.

O *Twitter* trata-se de uma rede social gratuita onde pessoas podem utilizá-la como blog pessoal, publicando mensagens de até 280 caracteres para os seus seguidores, bem como compartilhando fotos, vídeos e links para sites externos. O uso das *hashtags* caracteriza o assunto abordado na publicação, como uma palavra-chave, facilitando o acesso rápido a outra ou mais contas que estão abordando o mesmo assunto. As publicações podem ser “curtidas” e compartilhadas por outras contas e, por ser uma rede social mundialmente conhecida e utilizada, os *tweets*, como as publicações são conhecidas, podem atingir milhões de pessoas, sejam elas anônimas ou famosas.

Para a coleta dos dados no *Twitter*, utilizou-se o cruzamento de duas *hashtags*: #Children e #Coronavirus. A busca pelas publicações ocorreu por meio da ferramenta de importar/exportar do *software ATLAS.ti (Qualitative Data Analysis)*, versão 9.0. Essa ferramenta possibilita a importação ou a exportação de bases de dados diferentes, na qual ocorre a análise semântica simultânea, a partir do que é proposto na busca.

Figura 1 - Interface da ferramenta de importar/exportar do *software Atlas.ti 9.0*.



Dentro do projeto denominado Criança e Pandemia COVID-19 no *software*, foi determinada a busca dos *tweets*/publicações, e desta pesquisa inicial, foi gerado um documento contendo todas as publicações identificadas na busca. Os dados importados foram codificados automaticamente com base na seleção feita pelo uso das *hashtags*, obtendo 307 postagens iniciais, que passaram por análise.

Figura 2 - Tela de importação dos dados no *Twitter*.

Operação de Importar do Twitter do ATLAS.ti

Limite de Taxa 180

Digite a Consulta:

#Children #Coronavirus

Tipo de Resultado

Misturado Recente Popular

Max Tweets: 1000

Incluir

Tweets Retweets Imagens

Criar Codificação a partir de

Autores Hashtags Consultar Somente Hashtags

Menções Locais Linguagens

Criar Links

Autor-Menções Autor-Local

Importar Tweets

Observe que uma pesquisa no Twitter somente busca tweets da semana passada.

O total de publicações foi exportado para um documento do *Word*, e esse foi importado para o *ATLAS.ti*. Após a importação das postagens, foram excluídas 13, por motivo do idioma de origem asiática e sueca, o que dificultou uma tradução fidedigna por parte dos pesquisadores envolvidos. Também foram excluídas 102 publicações que foram publicadas mais de uma vez. Excluiu-se ainda, 75 postagens que não se relacionavam diretamente ao tema do estudo, ou seja, crianças e a pandemia do COVID-19. Para tanto, restaram um total de 117 postagens que abordavam a temática e as *hashtags* da criança e coronavírus, que constituiu a matriz de síntese deste estudo.

Porém, para efeitos de otimização da pesquisa, na análise das publicações, foram abordadas apenas as temáticas que foram citadas em pelo menos sete publicações que se relacionavam diretamente ao tema proposto.

Os códigos gerados pelo *ATLAS.ti* foram analisados posteriormente, por meio da Análise de Conteúdo Temática, para formar grupos/categorias de codificação expressos nos resultados deste estudo conforme o maior número de publicações, somando oito temáticas de postagens. A análise foi realizada de acordo com a semântica das palavras dentro das 117 publicações da mídia social analisada, de acordo com o maior número de vezes que as *hashtags* #Children e #Coronavirus apareceram juntas.

RESULTADOS

Os resultados desse estudo estão apresentados por categoria temática considerando a ordem numérica das citações, isto é, com a frequência de publicações que envolvem determinado tema.

#coronavírusenovoscasosemescolas

O primeiro tema mais abordado, sendo citado em onze publicações, foi o impacto da infecção pelo Coronavírus e o surgimento de novos casos em escolas e universidades após a autorização para o retorno às aulas presenciais. Uma delas aborda os efeitos e os surtos causados pelo Coronavírus em faculdades mesmo com a orientação das formas seguras do retorno às aulas, colocando professores em risco por não ser compreendido a gravidade da situação. Outra mostra a revolta de pessoas com a decisão de uma escola na Suíça de liberar alunos para aulas, mesmo que em suas casas outras tenham sido diagnosticadas com o vírus.

Um *Tweet* ironiza o fato de os espaços educacionais terem sido os locais onde mais pessoas foram infectadas durante a semana e ainda assim, o retorno às aulas está sendo mantido. E outro usuário denuncia o conservadorismo político de infectar os lares de idosos e, agora também, de fazer com que as crianças tragam a doença para casa.

Três publicações mostram dados que revelam o aumento do número de casos pelo Coronavírus após o retorno das aulas nos Estados Unidos, reforçando que mesmo que as crianças não adoeçam de forma tão severa quanto os adultos, o nível de transmissibilidade é alto e os efeitos que podem surgir após a recuperação são altamente desconhecidos.

#criançasestudandoemcasa

Nesta categoria, também onze *tweets* abordam o tema e os efeitos nas crianças que passaram a estudar em casa com o início da pandemia. Iniciativas para que os empregados possam gerenciar melhor as suas responsabilidades em casa, associado ao trabalho, juntamente com as crianças que não estão na escola, é a modalidade *home office*.

Quatro publicações abordam dificuldades vividas pelas famílias que estão passando por sérios problemas financeiros e educacionais durante a pandemia, especialmente as de baixa renda e os mais vulneráveis.

Alunos também têm os seus direitos de acesso à educação básica negados quando têm suas aulas presenciais suspensas, mas não possuem condições financeiras suficientes para acompanharem as aulas em formato Educação a Distância (EaD), sem dinheiro para comprar

um aparelho celular ou ter acesso à *internet*. Um *tweet* abordou os prejuízos no desenvolvimento das crianças que não estão na escola, não só no aspecto educacional, mas no âmbito do trabalho da comunicação e linguagem e a interação com outras crianças.

#criançasdisseminamvírus

Com dez publicações que centralizam a responsabilidade pela alta taxa de transmissão do vírus nas crianças. Esses *tweets* as consideram “super espalhadoras” da doença, pois elas apresentam mais contato com outras pessoas nas escolas, participam ativamente do processo de transmissão da doença.

Aliado ao retorno às aulas, a transmissão do vírus aumenta quando crianças doentes contaminam professores, pais e avós, sendo elas responsáveis por, em média, 14% dos novos casos. Já outra publicação transfere a responsabilidade da fonte de disseminação do vírus para os adolescentes e adultos jovens.

#efeitosdocoronavírusemcrianças

Nesta categoria, dez publicações abordam os efeitos causados pela doença nas crianças, como o desenvolvimento de uma resposta imunológica diferenciada que parece estar protegendo as crianças da forma mais grave da doença. Porém, em contradição, outra publicação aborda o surgimento de uma síndrome inflamatória rara que está afetando esta faixa etária e pode estar relacionada à infecção pelo Coronavírus. Outras publicações abordam os efeitos sistêmicos da infecção pelo vírus no corpo das crianças, com o desenvolvimento de doenças renais, pulmonares, hepáticas e cardíacas, especialmente nas mais vulneráveis, como as portadoras de alguma deficiência ou as que sofrem de violência doméstica.

#saúdementaldascrianças

Esta categoria foi abordada em outras dez publicações encontradas nesta pesquisa. Os *Tweets* procuram saber qual o tipo de ansiedade os alunos desenvolvem ao saírem das escolas e das aulas presenciais e retornarem às aulas virtuais em casa - que podem levar ao desenvolvimento de depressão - bem como o inverso - questionando se o retorno às aulas presenciais resultou em ansiedade entre as crianças.

Uma publicação orienta pais e responsáveis a identificarem sintomas de ansiedade e estresse nas crianças que estão em casa, como alterações de humor e no sono, indicando ajuda profissional nos casos de persistência dos sintomas. Outra publicação destaca a importância do

cuidado relacionado à saúde mental durante a pandemia do Coronavírus e como as crianças e os jovens lidam de formas diferentes com essas situações. E outra destaca como o *lockdown* pode afetar a ansiedade e o estresse dessas crianças em casa.

#coronavírusnosjovens

Outras dez publicações abordaram o número crescente de casos diagnosticados de Coronavírus em grupos de pessoas mais jovens, porém o peso da mortalidade ainda é dos idosos. Estudos mostraram que na Indonésia recém-nascidos, bebês e crianças menores de seis anos sucumbiram à doença. Já nos Estados Unidos, mostra uma publicação, mais de 600 mil crianças foram diagnosticadas com a doença, porém raramente alguma apresenta a sua forma grave.

Outra publicação traz dados sobre a incidência do Coronavírus ser aproximadamente o dobro em adolescentes de 12 a 17 anos do que em crianças de cinco a 11 anos, mostrando que crianças em idade escolar apresentaram piores prognósticos relacionados à doença, próximo de atingir 280 mil casos confirmados em laboratório. Desses, pouco mais de 3 mil foram hospitalizados com evolução de 51 casos ao óbito e que pelo menos três milhões de crianças com doenças raras não estão recebendo a assistência necessária da comunidade médica, estando ainda mais desamparadas durante a pandemia.

#usodeEPI's

O uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) foi abordado em oito das publicações analisadas nesta pesquisa, principalmente o uso de máscara e como utilizá-la da forma correta, seja fora de casa ou em ambiente escolar, reforçando o seu uso para os alunos que retornaram às atividades presenciais associado a lavagem de mãos realizada de forma apropriada como forma de diminuir o contágio do vírus.

Ressalta-se que o uso de máscaras não foi recomendado para crianças menores de dez anos por algumas organizações, mas mesmo assim escolas exigiram o seu uso avaliando o risco-benefício da situação. As administrações dessas instituições de ensino foram obrigadas a garantirem a segurança dos alunos que estavam participando das aulas presenciais, garantindo o fornecimento dos EPI's necessários.

#coronavírusmenosseveroemcrianças

Com sete publicações, esta categoria aborda o fato da infecção pelo Coronavírus não ser tão severa em crianças como é em adultos e idosos. Muitas publicações sugerem que isto ocorre devido ao sistema imunológico das crianças ser mais forte e conseguir protegê-las das

formas mais graves da doença. Acredita-se que pelo número reduzido de casos registrados nessa faixa etária, muitos deles sejam assintomáticos ou tenham apresentado sintomas leves, como os de um resfriado.

DISCUSSÃO

Dos apelos mais frequentes, identificou-se referências ao surgimento de novos casos de COVID-19 com o retorno às aulas das crianças, uma vez que as crianças não possuem noções de cuidados de higiene tal qual como um adulto. Nesse sentido, elas podem facilitar a transmissão da doença, principalmente quando assintomáticas. No estudo de Dong *et al.* (2020) identificou-se que, mais de 90% dos casos positivos para COVID-19 foi apresentado na forma assintomática e o restante distribuiu-se em formas leve, moderada, grave e crítica, sendo esses dois últimos correspondentes a 5,2% e 0,6%, respectivamente. Dessa forma, com a predominância de casos assintomáticos, as crianças tornam-se um vetor importante na propagação do vírus.

Além disso, sendo elas vetores para disseminação do vírus, a exposição do núcleo familiar torna-se mais amplificada após o contato próximo entre crianças no ambiente escolar, apesar da adoção de medidas restritivas e preventivas. As diferentes conformações do núcleo familiar e, entre eles, existe o núcleo familiar em que a família tradicional agrega outros indivíduos e, muitas vezes, estes indivíduos são idosos (AMIR *et al.*, 2020).

Vale considerar que os idosos são o grupo mais vulnerável ao COVID-19 e suscetível a complicações, para tanto, a abertura de escolas e creches pode gerar um impacto maior na morbimortalidade das pessoas mais velhas, tendo em vista o aumento do risco de contaminação das crianças (GARCIA, 2020; LAXMINARAYAN *et al.*, 2020).

Durante a pesquisa, evidenciou-se a preocupação dos pais em relação ao desenvolvimento de seus filhos fora da escola. Sobre isso, Amir *et al.* (2020) afirmam que a EaD é importante nesta pandemia, podendo facilitar o processo interativo e colaborativo dos alunos. Em contrapartida, cabe-se considerar a importância do ambiente escolar no desenvolvimento psicossocial da criança (DIAS; PINTO, 2020).

É notório que a pandemia modificou todo o cenário econômico mundial, destaca-se as verbalizações de crise após o isolamento social, principalmente as pequenas cidades, que geralmente possuem vulnerabilidade socioeconômica (CÂMARA *et al.*, 2020). Esta medida foi a mais efetiva de controle da disseminação da COVID-19, porém desdobrou-se em mudanças abruptas às famílias brasileiras, uma vez que apresenta consequências abrangentes com a suspensão das atividades escolares e de comércio, como o aumento do desemprego, da

instabilidade econômica e emocional.

Conseqüentemente, no contexto familiar, esses fatores interferem diretamente no comportamento de crianças, adultos e idosos, devido à exposição à situação de estresse, medo e incertezas, trazendo prejuízos à saúde mental dessas populações (BRASIL, 2020).

Ainda se tratando da conjuntura familiar, em tempos de adoecimento por COVID-19, a ausência física de pais e/ou familiares por diagnóstico positivo, a tensão para a confirmação de uma contaminação suspeita ou o histórico de óbito na família por complicações da doença, promovem elevados níveis de ansiedade e estresse nas crianças e adolescentes, em virtude do medo causado pela dificuldade de compreensão - seja por imaturidade ou por negação - da situação durante o enfrentamento da pandemia (DALTON; RAPA; STEIN, 2020).

Vale considerar que é difícil para as crianças se privarem do convívio social com seus amigos e parentes queridos, principalmente, daqueles que fazem parte do grupo de risco, causando-lhes sofrimento psíquico de diferentes níveis, podendo até mesmo levar ao quadro de depressão (GARROTXATEGI *et al.*, 2020).

A análise dos *Tweets* demonstrou também que os sintomas do coronavírus em crianças se apresentam mais leves quando comparados a outras faixas etárias. Vale considerar que os sintomas geralmente são mais brandos nos infantes, porém relatam a dificuldade de tratar os casos pediátricos mais graves por haver poucos protocolos voltados para o público (TAFAREL; BARON, 2020).

Apesar dos sintomas geralmente brandos, alguns desses *tweets* abordaram temas como efeitos sistêmicos da COVID-19 e síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica temporariamente associada ao SARS-CoV-2, a qual compartilha características clínicas e laboratoriais da doença de Kawasaki, síndrome de choque tóxico estafilococo e estreptocócico, sepse bacteriana e síndrome de ativação macrofágica (CAMPOS *et al.*, 2020). Destaca-se ainda um aumento no número de pacientes críticos que apresentam um quadro clínico incomum onde todos têm características da doença de Kawasaki e uma infecção confirmada ou suspeita de COVID-19, conforme Bassareo, Calcaterra e Fanos (2020).

Nesse sentido, com o retorno das atividades educativas presenciais, muitas escolas vêm exigindo o uso dos equipamentos individuais de proteção para as crianças. A Sociedade Brasileira de Pediatria (2020) recomenda medidas amparadas em evidências que preconizam a higienização frequente de mãos e de superfícies; orientação aos alunos a portarem suas próprias garrafas de água; realizar atividades em ambientes arejados; evitar aglomerações; adotar medidas de distanciamento social e orienta os pais a evitar contato com ambiente hospitalar. Além disso, ainda recomenda uso sistemático de máscaras em crianças que possam fazê-lo e adoção da etiqueta respiratória conforme (BASSAREIO; CALCATERRA; FANOS; 2020; CAMPOS *et al.*, 2020; GARROTXATEGI *et al.*, 2020; TAFAREL; BARON, 2020).

Na pandemia, muitas escolas têm feito o possível para garantir o uso de ferramentas digitais para dar seguimento ao ano letivo. Entretanto, há obstáculos graves, principalmente para docentes e discentes com recursos financeiros limitados que vivem nas periferias das grandes cidades, bem como de alunos que vivem sob as mesmas condições ou até mesmo inferior. Dado o momento de distanciamento e isolamento social, a EaD veio a calhar, principalmente, aos alunos de classe baixa. Essa metodologia tende a exacerbar as desigualdades já existentes, como citado em alguns *tweets*, pois nem todos têm o aparato tecnológico necessário. Logo, faltam computadores, aparelhos de telefonia móvel e *internet* de boa qualidade, impossibilitando o processo de ensino - aprendizagem de forma completa e efetiva (DIAS; PINTO, 2020).

Sob essa ótica do discurso, urge a necessidade de pensar no futuro da educação a partir de um planejamento de uma articulação eficiente entre a EaD e o ensino presencial, tendo em vista a imprevisibilidade da duração da pandemia (BRASIL, 2020). A necessidade de fortalecer o acesso a oportunidades de ensino de qualidade são metas e objetivos dos países membros da ONU, como parte de agenda desenvolvida até 2030, com base nos ODS, os quais possuem compromissos com crianças e adolescentes, especialmente na área da educação e saúde, no tocante à redução de desigualdades (BRASIL, 2020).

CONCLUSÃO

Ao conhecer e analisar os que têm expressão em uma mídia social sobre o tema criança e o Coronavírus no contexto da pandemia, desafios do ambiente escolar foram colocados em pauta. Os apelos demonstraram que as crianças podem ser potenciais transmissores do vírus, sendo preocupante a reabertura indiscriminada de escolas, sem investimentos em recursos humanos e materiais que minimizem esta insegurança dos envolvidos no processo de ensinar-aprender e trouxe à tona uma necessidade de pensar a força de trabalho de docentes, constantemente expostos a situações de risco por condições precárias de trabalho.

Esses apelos assumem relevância pela conjuntura atual e o impacto na pandemia na produção de sofrimento e mortes, além da carência do processo educativo, revelando as distopias e vulnerabilidades em especial nos países com maiores carências de recursos e atenção à educação de crianças.

Retomando o referencial adotado neste estudo, que a linguagem, mesmo tão peculiar das mídias sociais (por meio de *hashtags*), sirva de apoio para assegurar a educação inclusiva e equitativa de qualidade, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos. Mudanças estas esperadas no pós-pandemia, a fim de reconhecer e valorizar cada vez mais a educação de crianças como fundamental para a mudança de sociedades, assim como, valorização de professores como trabalhadores de maior importância nessa transformação.

REFERÊNCIAS

AMIR, L.R.; *et al.* Student perspective of classroom and distance learning during COVID-19 pandemic in the undergraduate dental study program Universitas Indonesia. **BMC Medical Education**, v 20, n 392, 2020.

BASSAREO, P.P.; CALCATERRA, G.; FANOS, V. Coronavirus disease 2019, Kawasaki disease, and multisystem inflammatory syndrome in children. **The Journal Of Pediatrics**, v. 224, p. 184-184, 2020.

BRASIL. **A Comissão Futuros da Educação da UNESCO apela ao planejamento antecipado contra o aumento das desigualdades após a COVID-19 (Internet)**. 2020. Disponível em: <https://pt.unesco.org/news/comissao-futuros-da-educacao-da-unesco-apela-ao-planejamento-antecipado-o-aumento-das>. Acesso em: 11 jan. 2021.

BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz. **Crianças na pandemia COVID-19: saúde mental e atenção psicossocial na pandemia covid-19**. Rio de Janeiro (RJ): FIOCRUZ, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. **Sobre a doença, 2020**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável Ainda é possível mudar 2030**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2020.

CÂMARA, S.F.; *et al.* Vulnerabilidade socioeconômica à COVID-19 em municípios do Ceará. **Revista de Administração Pública**, v. 54, n. 4, p. 1037-1051, 2020.

CAMPOS, L.R.; *et al.* Síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica (MIS-C) temporalmente associado ao COVID-19. **Residência Pediátrica**, v 10, n 2, p 1-6. 2020.

DALTON, L.; RAPA, E.; STEIN, A. Protecting the psychological health of children through effective communication about COVID-19. **The Lancet Child & Adolescent Health**, v. 4, n. 5, p. 346-347, 2020.

DIAS, E.; PINTO, F.C.F. A Educação e a Covid-19. **Ensaio**, v. 28, n. 108, p. 545-554, 2020.

DONG, Q.; *et al.* Kindergartens Reopening in the Period of Regular Epidemic Prevention and Control, Beneficial or Harmful? **Current Medical Science**, v. 40, n. 5, p. 817-821, 2020.

EUA. Estados Unidos da América. Johns Hopkins. **COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU)**. 2020. Disponível em: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>. Acesso em: 11 nov. 2020.

FERENTZ, L.; *et al.* Hashtags relacionadas à COVID-19 no Brasil: utilização durante o início do isolamento social. **Com Ciências Saúde**, v. 31, n. 1, p. 131-143, 2020.

GARCIA, E.S.; MONTEIRO-ÉRRASQUIN, B.; CONDE, M.S. Dilemas terapêuticos en la enfermedad por SARS-COVID-2, un reto para la geriatría. **Rev Española de Geriatria y Gerontología**, v 55, n 5, p 253-254.

GORROTXATEGI, P.J.; *et al.* Cómo han vivido los niños el confinamiento por el coronavirus? **Rev Pediatría atención primaria**, v. 22, n. 81, p. 273-281, 2020.

LAXMINARAYAN, R.; *et al.* Epidemiology and transmission dynamics of COVID-19 in two

Indian states. **Science**, v. 370, p. 691-697, 2020.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Folha informativa COVID-19 - Escritório da OPAS e da OMS no Brasil**. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em: 11 nov. 2020.

PEREIRA NETO, E.F.; RAMOS, M.Z.; SILVEIRA, E.M.C. Configurações familiares e implicações para o trabalho em saúde da criança em nível hospitalar. **Rev Saud Colet**, v. 23, n. 3, p. 961-979, 2016.

PIERCE, C.A.; *et al.* Immune responses to SARS-CoV-2 infection in hospitalized pediatric and adult patients. **Sci Transl Med**, v. 12, n. 564, p. 1-10, 2020.

RAMOS, R.; *et al.* Respiratory aspects of COVID-19 in childhood: what pediatricians need to know? **Residência Pediátrica**, v. 10, n. 2, p. 1-14, 2020.

SAFADI, M.A.P. As características intrigantes da COVID-19 em crianças e seu impacto na pandemia. **J Pediatr**, v. 96, n. 3, p. 265-268, 2020.

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Reflexões da Sociedade Brasileira de Pediatria sobre o retorno às aulas durante a pandemia de COVID-19 (Internet)**. 2020. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/SBP-RECOMENDACOES-RETORNO-AULAS-final.pdf. Acesso em: 10 jan. 2021.

TAFARELL, P.; BARÓN, F.J. El Paciente pediátrico crítico com covid-19. Puesta el día. **Arch Argent Pediatr**, v. 118, n. 5, p. 454-462, 2020.

XAVIER, F.; *et al.* Análise de redes sociais como estratégia de apoio à vigilância em saúde durante a Covid-19. **Estudos Avançados**, v. 34, n. 99 2020.

O CUIDADO DAS/OS ENFERMEIRAS/OS ÀS CRIANÇAS, ADOLESCENTES E JOVENS COM ERROS INATOS DO METABOLISMO

Claudiane Galvão Fernandes
Jonas Sâmí Albuquerque de Oliveira

INTRODUÇÃO

O surgimento diário de novas patologias no mundo faz cientistas e profissionais estudarem diariamente, assim funciona com as doenças raras, onde diariamente é reconhecido algo novo, sejam novos diagnósticos, sintomas diferentes, novos tratamentos, métodos de diagnósticos e reações adversas (BRASIL, 2014).

As Doenças Raras são aquelas que afetam aproximadamente 65 indivíduos em um universo de 100 mil pessoas, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). São conhecidas entre 6 a 8 mil tipos de doenças raras, das quais, 30% dos pacientes acometidos, morrem antes dos cinco anos de idade, 75% deles tem suas manifestações iniciais na infância e 80% das doenças são de origem genética (INTERFARMA, 2018).

As Doenças Raras seguem as seguintes classificações no Brasil: De origem genética seguindo os seguintes grupos: as anomalias congênitas ou de manifestação tardia, deficiência intelectual e Erros Inatos do Metabolismo (EIM), e as de origem não genética: Infeciosas, Inflamatórias, Autoimunes, e outras doenças de origens não genéticas (BRASIL, 2014).

Os EIM são doenças geneticamente determinadas pela deficiência em alguma via metabólica, de uma enzima que está envolvida na síntese, transporte ou degradação de moléculas. O bloqueio em uma etapa de uma rota resulta na falta ou no excesso de uma determinada substância e pode, adicionalmente, interferir em uma via metabólica alternativa (ROMÃO, 2017).

Os EIM são classificados como: Distúrbios de aminoácidos: Fenilcetonúria, homocistinúria; Desordens de ácido orgânico: Acidúria propiônica, acidúria metilmalônica, acidúria isovalérica, deficiência de biotinidase; Distúrbios de ácidos graxos: Deficiência de acil-coenzima A desidrogenase de cadeia curta ou média (SCAD, MCAD); Distúrbios de armazenamento lisossomal: Esfingolipidoses (doenças de Fabry, Farber, Gauher e Niemann-Pick), mucopolipidoses, oligossacaridoses (fucosidose, manosidose); Doenças do metabolismo dos carboidratos: Galactosemia, doença de Pompe (glicogênio); Desordens do ciclo da ureia: Citrulinemia, argininemia; Doenças mitocondriais: Síndrome de Leigh. Doenças

peroxissômicas: Síndrome de Zellweger, síndrome Refsum; Outras: Distúrbios de purina e pirimidina, distúrbios de metal, porfiria e distúrbios hematológicos, distúrbios lipídicos e distúrbios do metabolismo da mielina (WATERS *et al.*, 2018).

O processo do cuidado a esses pacientes perpassa todos os níveis de assistência à saúde, desde a atenção primária, à média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2019). O reconhecimento da doença o quanto antes é essencial, tendo em vista que o acometimento, em sua maioria, está na primeira infância, ou mais tardar na adolescência. O diagnóstico em tempo hábil e o tratamento, quando instituído o mais breve possível, são fundamentais para prevenir sequelas e óbito precoce, e melhorar na qualidade de vida (SOUZA *et al.*, 2019).

A carência de abordagem sobre Doenças Raras na academia redundava em dificuldades diagnósticas na prática. Nos serviços de assistência à saúde, isso gera fragilidades no decorrer do reconhecimento das doenças, desde o diagnóstico até o início do tratamento (IRIART *et al.*, 2019). Como resultado, observa-se ansiedade da família, sequelas irreversíveis ao paciente, além de ônus para o sistema de saúde, devido aos internamentos, que por vezes necessitam de cuidados intensivos e “consequentemente” o óbito (INTERFARMA, 2018; BALTOR, 2013).

A Portaria Nº 199, de 30 de janeiro de 2014, que institui a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, no art. 13, refere-se Atenção Especializada, composta por um conjunto de pontos de atenção com diferentes densidades tecnológicas para realização de ações e serviços de urgência, ambulatorial especializado e hospitalar.

A equipe necessária para abertura de Serviços de Atenção Especializada é de um médico especialista, um enfermeiro e um técnico de enfermagem. Na abertura dos Serviços de Referência em Doenças Raras, é necessária uma equipe de: enfermeiros, técnico de enfermagem, médico especialista, médico geneticista, neurologista, pediatra, clínico geral, psicólogo, nutricionista, assistente social e um responsável técnico médico (BRASIL, 2014).

Aliado a isso, o acompanhamento dessas doenças ocorre com o apoio preferencialmente da equipe multiprofissional e interdisciplinar, permitindo a discussão conjunta, favorecendo a compreensão e o seguimento da atenção, por uma equipe qualificada para lidar com esses usuários (BRASIL, 2014; AURELIANO, 2018).

Nessa perspectiva, destaca-se aqui uma temática atual, de suma importância para as políticas públicas de saúde, a fim de, estabelecer um olhar diferenciado ao público infanto-juvenil, as doenças crônicas raras, aos locais de atendimento a pediatria do Brasil, e a equipe de enfermagem. Assim o presente estudo pode contribuir com a valorização do trabalho multiprofissional, evidenciando o papel do profissional enfermeiro e de cada membro da equipe de enfermagem.

Para tanto, levanta-se o seguinte questionamento: O que dizem os estudos publicados na literatura nacional e internacional sobre a atuação da (o) enfermeira (o) no cuidado às crianças, adolescentes e jovens com Erros Inatos do Metabolismo? Diante disso, verifica-se a necessidade identificar e descrever achados da literatura nacional e internacional referente aos cuidados prestados pelos enfermeiros (as), as crianças, adolescentes e jovens com Erros Inatos do Metabolismo.

METODOLOGIA

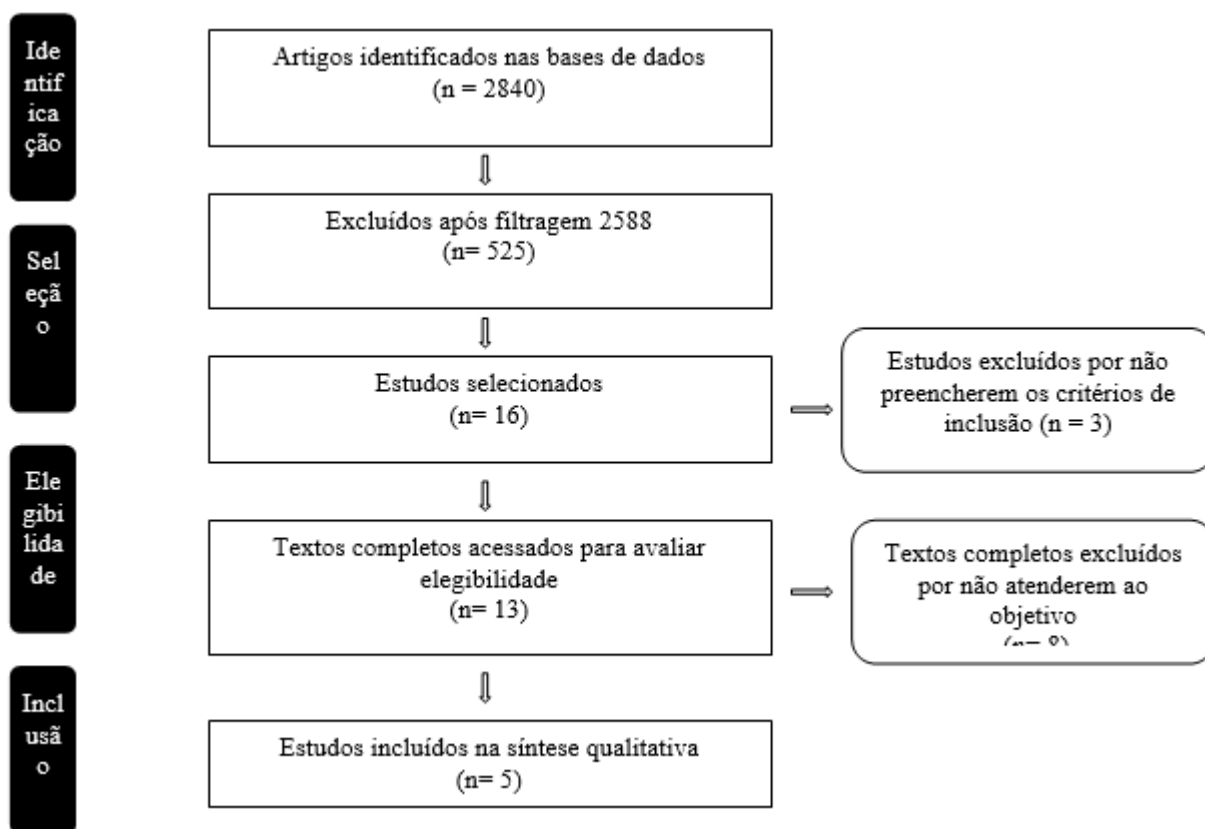
Trata-se de pesquisa baseada nos pressupostos da revisão integrativa de literatura com base no modelo de Ganong (1987) e Wittemore (2005), que define os seguintes passos para a revisão integrativa: Escolha da pergunta de pesquisa; Definição dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos; Seleção da amostra; Inclusão dos estudos selecionados em formato de tabela construída a partir do Microsoft excel; Análise dos resultados, identificando semelhanças, diferenças e conflitos; Discussão e análise dos resultados; Apresentação do estudo em forma de artigo científico.

A produção científica é relacionada a atuação da/o enfermeira/o no cuidado às crianças, adolescentes e jovens com Erros Inatos do Metabolismo. A busca foi realizada do dia 25 ao dia 31 de outubro de 2020, nas seguintes bases de dados: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE, SCOPUS e BDENF (biblioteca de enfermagem), através do acesso via portal CAPES pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN.

Foram utilizados como Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH) os seguintes termos: “Enfermagem/Nursing”, “Saúde da Criança/Child Health” e “Erros Inatos do Metabolismo/ Metabolism, Inborn Errors”, e utilizando como operador booleano o “AND”, estes foram cruzados da seguinte forma: “Saúde da Criança AND Erros Inatos do Metabolismo”, “Enfermagem AND Erros Inatos do Metabolismo” e “Enfermagem AND Saúde da Criança AND Erros Inatos do Metabolismo”.

Para composição da amostra foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: publicações de 2010 até julho de 2020 (últimos dez anos), nos idiomas português, inglês e espanhol, cujo desenho do estudo compreendesse pesquisa de campo (estudos de caso-controle, coorte e estudos transversais) e revisão sistemática, e que estivessem disponíveis na íntegra. Como critérios de exclusão: foram excluídos da seleção os artigos que, após leitura dos títulos e dos resumos, não abordavam o tema, ou não respondiam o objetivo deste estudo, tão quanto aqueles que não estavam dentro do critério de inclusão e artigos duplos.

Figura 1 - Fluxo de seleção dos estudos primários incluídos na revisão de acordo com as bases de dados, 2020.



O procedimento de busca foi realizado na modalidade duplo cego. Na primeira etapa foram encontrados 525 textos nas bases de dados, destes, em uma primeira seleção pelo título, resultou em 16 documentos (Figura 1). Para esta seleção foram considerados os seguintes critérios de exclusão: documentos que não apresentavam o tema pesquisado e exclusão de protocolos, revisões integrativas. Após uma segunda leitura dos títulos foram selecionados 14 documentos pela sua adesão ao tema.

Estes 14 artigos foram submetidos à leitura dos resumos, sendo selecionados 13. Após a compatibilização dos achados entre os pesquisadores envolvidos foram selecionados artigos para leitura na íntegra. Após a leitura na íntegra 8 dos textos foram excluídos, assim totalizando 5 artigos selecionados (Figura 1), sendo eles 2 artigos da base de dados Scopus e 3 artigos encontrados na MEDLINE (Quadro 1).

Quadro 1 - Distribuição do quantitativo de artigos encontrados de acordo com cada base de dados e os cruzamentos.

CRUZAMENTOS / BASES DE DADOS	MEDLINE	LILACS	BDENF	SCOPUS
Saúde da criança AND Erros Inatos do Metabolismo	1	0	0	1
Enfermagem AND Erros Inatos do Metabolismo	2	0	0	0
Enfermagem AND Erros Inatos do Metabolismo AND saúde da criança	0	0	0	1
Total:	5 artigos			

A análise dos dados foi realizada após a leitura exaustiva dos artigos. Os dados extraídos foram transcritos conforme protocolo de busca prévio. Os resultados foram evidenciados em 2 eixos temáticos sendo eles: Eixo 1 - perfil dos estudos sobre a/o enfermeira/o na assistência aos EIM e Eixo 2 - A atuação da/o enfermeira/o na assistência aos pacientes com EIM.

Os resultados da busca foram apresentados no quadro 2, onde foi realizado a distribuição e categorização dos estudos selecionados, nomeado como Eixo 1, e também os resultados no quadro 3 mostrando os achados dos artigos sobre a atuação da/o enfermeira/o na assistência aos pacientes com EIM sendo nomeado como Eixo 2.

Na discussão, foi organizado em temas emergentes de acordo com os achados descritos pelos 5 autores: A/o enfermeira/o na assistência de enfermagem e A/o enfermeira/o na abordagem da educação em saúde.

RESULTADOS

Eixo 1: Perfil dos estudos sobre a/o enfermeira/o na assistência aos EIM.

O quadro 2 apresenta-se a distribuição e categorização dos estudo selecionados, sendo descritos autores, ano de publicação, base de dados onde foi encontrada, o título do estudo, os descritores, o periódico e qualis onde foi publicado, o tipo de estudo e a localização do estudo.

Quadro 2 - Distribuição e categorização dos estudos acerca do enfermeiro na assistência a Erros Inatos do Metabolismo.

Nº	Autores / ano / base de dados	Título	Descritores ou palavras chaves	Periódico e qualis	Tipo de estudo	Local de realização da pesquisa
1	Zurynski <i>et al.</i> (2017) SCOPUS	Australian children living with rare diseases: experiences of diagnosis and perceived consequences of diagnostic delays.	Keywords: Rare diseases, Child, Families, Diagnosis, Diagnostic delays, Experiences, Australian.	Orphanet Journal of Rare Diseases (A2)	Pesquisa descritiva, qualitativa.	Austrália
2	Cardellach (2018). SCOPUS	Medicina interna y enfermedades raras. Transición niño-adulto.	Keywords: rare diseases; inherited metabolic diseases; inborn errors of metabolism; child-adult transition in inborn errors of metabolism.	ARBOR Ciencia, Pensamiento y Cultura (A2)	Pesquisa descritiva	Espanha
3	Breigeiron <i>et al.</i> (2018) MEDLINE	Sinais e sintomas na Doença de Gaucher: diagnósticos de enfermagem prioritários.	Descritores: Doença de Gaucher; Síndrome de Liposidose por Cerebrosídeos; Sinais e Sintomas; Processo de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem.	Rev Bras Enferm. (A2)	Estudo transversal	Brasil
4	Mak <i>et al.</i> (2018) MEDLINE	The first pilot study of expanded newborn screening for inborn errors of metabolism and survey of related knowledge and opinions of health care professionals in Hong Kong.	-	Hong Kong Med J (Não encontrado qualis)	Estudo prospectivo	Hong Kong
5	Vaisbich <i>et al.</i> (2019) MEDLINE	Abordagem multidisciplinar para pacientes com cistinose nefropática: modelo para atendimento em uma doença renal rara e crônica.	Palavras-chave: Equipe de Assistência ao Paciente; Cistinose; Criança; Adolescente.	J. Bras. Nefro. (B1)	Protocolo	Brasil

Em relação ao local onde foram realizadas as pesquisas, identificou-se a seguinte distribuição: Brasil 2(40%), Austrália 1(20%), Hong Kong 1(20%) e Espanha 1(20%). Observou-se que a maioria dos estudos foi realizada em Brasil.

Com relação ao ano de publicação: sendo 3(60%) dos artigos de 2018, 1(20%) dos artigos de 2017 e 1(20%) dos artigos de 2019, evidenciando assim artigos novos, se tratando do tamanho da abrangência da pesquisa que foi o intervalo dos últimos 10 anos.

Quanto as bases de dados de endexação, verificou-se que a base Scopus contribuiu com 2(40%) artigos e a MEDLINE também com 3(60%) artigos. Sendo os periódicos de publicação: Orphanet Journal of Rare Diseases 1(20%), J Bras. Nefrologia 1(20%), Hong Kong Med J. 1(20%), Revista Brasileira de Enfermagem 1(20%) e a ARBOR Ciencia, Pensamiento y Cultura 1(20%). Sendo elas com QUALIS: A2 3(60%), B1 1(20%) e a Hong Kong Med J não foi encontrado o QUALIS.

Em relação ao tipo de estudo descrito nos artigos selecionados, encontrou-se as seguintes distribuições: pesquisa descritiva qualitativa 2(40%), Estudo transversal 1(20%), estudo prospectivo 1(20%) e protocolo 1(20%).

Eixo 2: A atuação da/o enfermeira/o na assistência aos pacientes com EIM

O quadro 3 apresenta-se a distribuição estruturada dos temas que emergiram dos estudos selecionados relacionando a pergunta de pesquisa da autora.

Quadro 3 – Distribuição do que dizem os estudos sobre o enfermeiro na assistência a Erros Inatos do Metabolismo.

Temas emergentes	Principais conclusões dos autores
A/o enfermeira/o na assistência de enfermagem	<p>O enfermeiro tem ação diferenciada nos procedimentos ambulatoriais e de internação com os pacientes cistínóticos, como também o cuidado nas residências (VAISBICH <i>et al.</i>, 2019).</p> <p>Traçando Diagnósticos de Enfermagem que venham subsidiar cuidados mais individualizados aos pacientes com Doença de Gaucher (BREIGEIRON <i>et al.</i>, 2018).</p> <p>Sua capacidade de profissional na área respectiva (conhecimento de necessidades de medicamentos, relacionamentos conflitantes, cura, fisioterapia, reabilitação, extrações amostras de sangue, urina e saliva, etc.) permite realizar uma atividade específica e muito eficaz (CARDELLACH; RIBES, 2018).</p>
A/o enfermeira/o na abordagem da educação em saúde	<p>O papel da enfermagem, não apenas no atendimento imediato, mas também via email ou contato telefônico, em situações de consultas imprevistas, é muito relevante, uma vez que sua experiência nos permite resolver perguntas que provavelmente não requer de uma visita médica arranjada (CARDELLACH; RIBES, 2018).</p> <p>O enfermeiro também deve trabalhar com a família a conscientizando sobre os problemas decorrentes da má adesão do tratamento. Quanto às orientações referentes à medicação específica, o enfermeiro deve conhecer os dois tipos comerciais disponíveis e fazer as orientações de acordo com as recomendações do fabricante (VAISBICH <i>et al.</i>, 2019).</p>

DISCUSSÃO

Os dados desta revisão mostraram que o tema atuação da/o enfermeira/o as crianças, adolescentes e jovens com Erros Inatos do Metabolismo é pouco evidenciado na literatura brasileira e mundial, os artigos selecionados são artigos novos e amplos, a grande maioria abordando a equipe multiprofissional em atuação.

Os artigos relatam a atuação da/o enfermeira/o e sua equipe, na forma de assistência direta as crianças, adolescentes e jovens em ambiente de internação, ambulatorial e residencial, como também trouxeram a/o enfermeira/o como orientadora/o na abordagem de educação em saúde.

A/O enfermeira/o na assistência de enfermagem

O enfermeiro como profissional responsável por terem ação diferenciada nos procedimentos ambulatoriais e de internação com os pacientes com EIM, o ambulatorial: na realização de medidas antropométricas, mensuração de sinais vitais, verificação da situação vacinal, coleta de exames laboratoriais, acompanhamento da adesão familiar, identificação do grau de compreensão do paciente e dos cuidadores acerca da doença e tratamento, aplicação de questionários de qualidade de vida (VAISBICH *et al.*, 2019).

O enfermeiro atuando na internação: ele é responsável pela anamnese detalhada especialmente sobre o motivo da internação, situação do tratamento, história familiar, situação vacinal; exame físico com atenção para a pele (turgor, temperatura, ressecamento, lesões), mucosas, edema, frequência e sons respiratórios, pressão arterial, frequência e ritmo cardíaco, alterações comportamentais, parestesias, fraqueza e tremores dos membros (VAISBICH *et al.*, 2019).

O enfermeiro atuando no cuidado ao paciente com doença de Gaucher utilizando o processo de enfermagem, onde à caracterização dos sinais e sintomas da doença para o auxílio de um diagnóstico clínico e de enfermagem precoces que favoreçam um planejamento do cuidado da população acometida, que levam às características definidoras e aos fatores relacionados, é possível identificar os Diagnósticos de Enfermagem (BREIGEIRON *et al.*, 2018). A enfermagem em sua capacidade profissional na área respectiva (conhecimento de necessidades de medicamentos, relacionamentos conflitantes, cura, fisioterapias, reabilitação, extrações amostras de sangue, urina e saliva, etc.) permite uma atividade muito eficaz (CARDELLACH *et al.*, 2018).

A (O) enfermeira (o) na abordagem da educação em saúde

Em um estudo 50% eram enfermeiras que atuavam na atenção básica de saúde em Hong Kong, dentre elas, 50% não sabiam sobre IEM, e cerca de 90% delas concordou que mais educação em IEM é necessária, tanto para equipe quanto para a população (MAK *et al.* 2018). O enfermeiro atua como apoio no diagnóstico do EIM, junto com um genético conselheiro e/ou médico especialista, psicólogo, dando suporte, e em conjunto com outros profissionais de saúde, por isso a necessidade de compreender o EIM (ZURYNSKI *et al.*, 2017).

O enfermeiro também atua na conscientizando sobre os problemas decorrentes da má adesão, a educação familiar para a realização da terapia. Conscientizando sobre os problemas decorrentes da má adesão. Quanto às orientações referentes à medicação específica (droga depletora dos estoques intralissossomais de cistina), o enfermeiro deve conhecer os dois tipos

comerciais disponíveis e fazer as orientações de acordo com as recomendações do fabricante (VAISBICH *et al.*, 2019).

A enfermagem também atua diretamente nos cuidados de pacientes que evoluem para diálise, preferencialmente diálise peritoneal, a qual pode ser realizada em casa, com máquinas automatizadas, contribuindo principalmente na educação familiar para a realização da terapia (VAISBICH *et al.*, 2019). O papel da enfermagem, não apenas no atendimento imediato, mas também via email ou contato telefônico, em situações de consultas imprevistas, uma vez que sua experiência nos permite resolver perguntas que provavelmente não requer de uma visita médica arranjada (CARDELLACH *et al.*, 2018).

CONCLUSÃO

A revisão integrativa mostrou que na literatura nacional e internacional existem poucas evidências sobre a atuação da/o enfermeira/o no cuidado às crianças, adolescentes e jovens com Erros Inatos do Metabolismo, e que os estudos que trazem esse tema são relativamente novos.

Contudo, as evidências deste trabalho mostraram que em alguns lugares do mundo o enfermeiro atua no cuidado com crianças, adolescentes e jovens com Erros Inatos do Metabolismo, sejam eles na internação hospitalar, no atendimento ambulatorial e como nas residências, seja eles nos cuidados básicos de enfermagem até cuidados complexos como a diálise peritoneal, além disso, as evidências científicas trouxeram a enfermeira atuando como educadora em saúde, capacitando e educando os profissionais, como também os pais e pacientes sobre os Erros Inatos do Metabolismo.

REFERÊNCIAS

AURELIANO, W.A. Trajetórias Terapêuticas Familiares: doenças raras hereditárias como sofrimento de longa duração. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 369-80, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças raras: o que são, causas, tratamento, diagnóstico e prevenção**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 199, de 30 de janeiro de 2014**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras com Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e institui incentivos financeiros de custeio. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS oferece tratamento para doenças raras; saiba como procurar ajuda**. 2019. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2019/02/sus-oferece-tratamento-para-doencas-raras-saiba-como-procurar-ajuda>. Acesso em: 25 out. 2019.

BREIGEIRON, M.K.; MORAES, V.D.C.; COELHO, J.C.; Signs and symptoms in Gaucher Disease: priority nursing diagnoses. **Rev Bras Enferm**, v. 71, n. 1, p. 104-110, 2018.

CARDELLACH, F.; RIBES, A.; Medicina interna y enfermedades raras. Transición niño-adulto. **Arbor**, v. 194, n. 789, p. 460-468, 2018.

GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing. **Rev Nurs Health**, v.10, n. 1, p. 1-11, 1987.

INTERFARMA. Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa. **Doenças Raras: A urgência do acesso à saúde**. São Paulo: Interfarma, 2018.

IRIART, J.A.B.; *et al.* Da busca pelo diagnóstico às incertezas do tratamento: desafios do cuidado para as doenças genéticas raras no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 10, p. 3637-3650, 2019.

MAK, C.M.; *et al.* The first pilot study of expanded newborn screening for inborn errors of metabolism and survey of related knowledge and opinions of health care professionals in Hong Kong. **Hong Kong Med J**, v. 24, n. 3, p. 226-237, 2018.

MOZZATO, A.R.; GRZYBOVSKI, D. Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafios. **RAC**, v. 15, n.4, p. 731-747, 2011.

ROMÃO, A.; *et al.* Apresentação clínica inicial dos casos de Erros Inatos do Metabolismo de um hospital pediátrico de referência: ainda um desafio diagnóstico. **Rev Paul Pediatr**, v. 35, n. 3, p. 258-264, 2017.

SOUZA, I.P.; *et al.* Doenças genéticas raras com abordagem qualitativa: revisão integrativa da literatura nacional e internacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 10, p. 3683-3700, 2019.

VAISBICH, M.H.; *et al.* Multidisciplinary approach for patients with nephropathic cystinosis: model for care in a rare and chronic renal disease. **J Bras Nefrol**, v. 41, n. 1, p. 131-141, 2019.

WATERS D.; *et al.* Global birth prevalence and mortality from inborn errors of metabolism: a systematic analysis of the evidence. **J Glob Health**, v. 8, n. 2, p. 211-220, 2018.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

ZURYNSKI Y.; *et al.* Australian children living with rare diseases: experiences of diagnosis and perceived consequences of diagnostic delays. **Orphanet Journal of Rare Diseases**, v. 1, p. 1-9, 2017.

A MORTALIDADE MATERNA FRENTE A SITUAÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Dayana Kelly Soares Ferreira
Jairo Porto Alves
Soraya Maria de Medeiros

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (2010) conceitua morte materna, de acordo o descrito na Classificação Internacional de Doenças - 10ª Revisão (CID-10), como óbito de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias pós-parto, sem relação com duração ou localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com a gravidez ou por medidas em relação a ela, contudo não por causas acidentais ou incidentais.

A mortalidade materna é um indicador de importante análise social das condições de vida e cuidados de saúde, revelando o desenvolvimento humano de um país. Os níveis inferiores de instrução, as inadequadas qualidades de nutrição, o apoio social insuficiente e o escasso acesso aos cuidados de saúde estão intimamente ligados às mortes maternas (OSANAN *et al.*, 2018).

Ainda nesse contexto, a mortalidade materna evitável e relacionada à qualidade da atenção obstétrica persiste como grave problema de saúde pública. Tais mortes não se distribuem aleatoriamente entre as mulheres e revelam a iniquidade das sociedades onde ocorrem, pois se concentram nos países em desenvolvimento, com diferenças entre os múltiplos estratos socioeconômicos, afetando principalmente mulheres negras, de menor renda e menor escolaridade. A morte materna é um evento sentinela, um importante marcador da qualidade do sistema de saúde, em especial em relação ao acesso, à adequação e à oportunidade do cuidado, intimamente relacionado à vulnerabilidade social das populações (FREITAS-JÚNIOR, 2020).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) evidenciou números alarmantes e expressivos sobre a mortalidade materna global. Estima-se que existem aproximadamente 830 mulheres morrendo todos os dias por complicações relacionadas à gestação ou à parturição. Somente em 2015, cerca de 303 mil mulheres morreram durante a gravidez, parto e puerpério. Um contingente vultoso dessas mulheres tiveram suas vidas cessadas por razões pífias, extremamente evitáveis. Ainda nesse contexto, existem amplas disparidades entre os países desenvolvidos e os que

estão em desenvolvimento. A taxa de mortalidade materna nos países em desenvolvimento em 2015 foi de 239 por 100 mil nascidos vivos, enquanto em países desenvolvidos nesse mesmo período resultou em, 12 por 100 mil nascidos vivos (OMS, 2018).

Ademais, o indicador de mortalidade materna possibilita compreender os principais desafios sociais de uma população, tal qual evidencia diferentes nuances que influenciam no processo de vivência dessas mulheres no período gravídico-puerperal, entretanto, a subnotificação dos dados configura-se um desafio importante no que tange à leitura dessas informações. Outra condição importante para atenuar esses óbitos, advém de esforços contundentes por parte dos gestores no fomento à políticas públicas relacionadas à mortalidade materna, bem como atenuar entraves nos serviços de saúde como: capacitação profissional especializada de modo incipiente (BOLETA *et al.*, 2015).

A mortalidade materna pode ocorrer por causa obstétrica direta com complicações específicas da gestação, parto e puerpério como síndromes hipertensivas, hemorragias, aborto e infecção puerperal, ou indireta por doenças que trazem risco e podem complicar a gestação e o parto, sendo ambas as causas prevenidas por uma boa assistência pré-natal de qualidade, refletindo na redução das complicações e da mortalidade materna (OMS, 2019).

A gestação e parto são processos naturais e vivências humanas marcantes na vida da mulher. As experiências positivas ou negativas podem ocasionar influências em gestações e partos futuros. No período gravídico-puerperal, a mulher passa por processos que podem estimular mudanças que favorecem transformações. A mulher grávida passa por alterações fisiológicas e psicológicas para se adaptar às novas demandas, atitudes e responsabilidades como mãe. A gestante vivencia períodos de ansiedade, angústias e suas vivências bem ou mal sucedidas e o convívio com outras mulheres que compartilham várias experiências parturitivas positivas ou negativas (BENUTE *et al.*, 2013; MATTOS; VANDENBERGHE; MARTINS, 2014).

Diante do exposto, constata-se que as causas de mortalidade materna, sobretudo em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, vão para além de condições biológicas pontuais de saúde dessas mulheres. Possibilitam retratar fatores socioeconômicos, efetividade dos programas voltados à mortalidade materna e os desafios enfrentados pelos serviços de saúde do seu país. Um estudo de revisão sistemática realizado na Nigéria, evidenciou a inconsistência dos serviços de saúde ao prestar atendimentos obstétricos, como falta de insumos, entraves interinstitucionais no encaminhamento de gestantes, e avaliação da qualidade dos serviços prestados (HUSSEIN *et al.*, 2016). Outro estudo realizado associando taxas de mortalidade materna com as condições socioeconômicas em países em desenvolvimento, asseverou diferentes taxas quando comparado aos países desenvolvidos (GIRUM; WASIE, 2017).

Nesse sentido, levando em consideração as condições epidemiológicas da mortalidade materna, seu expressivo crescimento e os fatores associados que corroboram com os resultados inesperados relativos à redução da mortalidade materna. Foi elaborada a seguinte questão de

pesquisa: o que tem sido produzido a respeito da mortalidade materna frente à assistência em situações de urgência e emergência obstétrica? Com objetivo de investigar na literatura o que vem sendo produzido a respeito da mortalidade materna frente a situações de urgência e emergência obstétrica.

METODOLOGIA

O presente trabalho se trata de um estudo de revisão, que tem como meio de pesquisa a revisão integrativa, a qual é um método que possibilita a síntese do conhecimento e a integração da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática, sendo a mais vasta abordagem metodológica alusiva às revisões, proporcionando a inclusão de estudos experimentais e não experimentais a fim de uma captação completa do fenômeno analisado (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Este tipo de revisão possui seis fases no seu processo de elaboração, as quais foram obedecidas neste trabalho e são as seguintes: a elaboração da pergunta norteadora, onde se determina os participantes, as intervenções apreciadas e os resultados verificados; a busca ou amostragem na literatura que é a procura em bases de dados com base em critérios de inclusão e exclusão; a coleta de dados, a qual visa extrair informações dos artigos selecionados a partir de um instrumento pré-estabelecido; a análise crítica dos estudos incluídos, que consiste na avaliação do rigor e das características de cada estudo incluído no trabalho; a discussão dos resultados, onde se realiza a comparação dos dados dos artigos com um referencial teórico com base na interpretação e síntese dos resultados; e a apresentação da revisão integrativa, a qual é a fase final que divulga as informações pertinentes e detalhadas, embasadas em metodologias contextualizadas, sendo a fase da exposição concreta da revisão (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Iniciou-se o processo de busca dos artigos após a definição da questão norteadora do estudo: o que tem sido produzido a respeito da mortalidade materna frente à assistência em situações de urgência e emergência obstétrica?

A procura dos artigos foi realizada no período de fevereiro a março de 2021, por meio de pesquisa pela Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) com acesso aberto e pela Comunidade Acadêmica Fechada (CAFe) do portal de periódicos CAPES/MEC com uso de *login* e senha de aluno da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, que proporcionou acesso ao banco de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e *Medical Literature and Retrieval System onLine* (MEDLINE/PubMed) via *National Library of Medicine*.

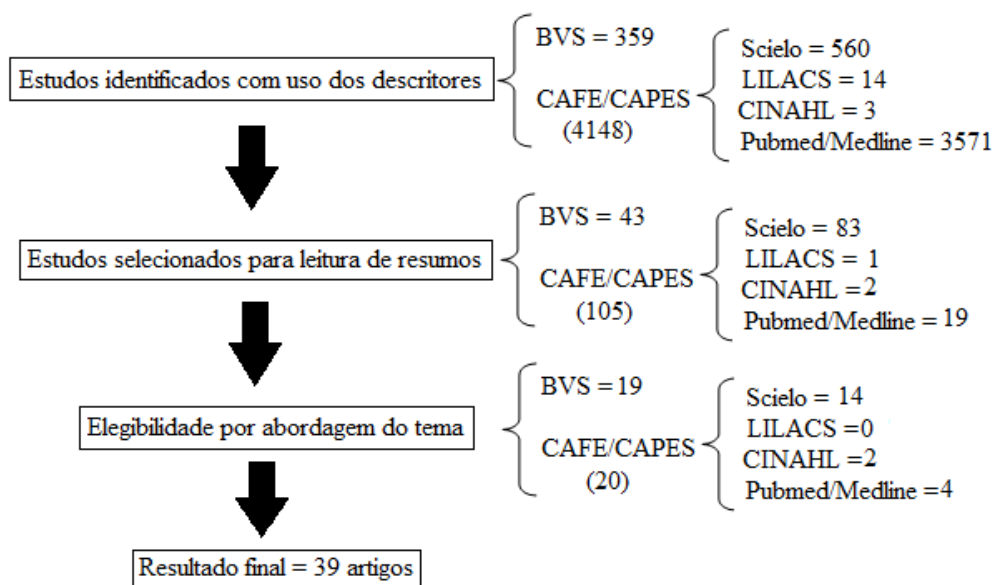
As mesmas foram utilizadas devido se encaixarem no perfil de realização desta revisão, uma vez que se buscava o que está sendo produzido de evidências científicas de âmbito mundial a respeito da temática. Utilizaram-se os descritores selecionados no MESH (*Medical Subject Headings*) e no DeCs (Descritores em Ciências da Saúde): “mortalidade materna/maternal mortality” e “emergências/urgências/emergencies”. E os termos foram combinados com o operador booleano “AND”.

Assim, para a realização deste estudo se determinou como critérios de inclusão: artigos de textos completos, originais e disponíveis na íntegra em base de dados; que compreendessem o período dos últimos cinco anos (2017 a 2021) e abordassem o tema da mortalidade materna em urgência e emergência. Foram excluídos da pesquisa teses, dissertações, apostilas, cartas, editoriais, ensaios, revisões de literatura, artigos repetidos e que não estavam disponíveis na íntegra.

Na coleta de dados dos artigos foi utilizado o instrumento adaptado, contemplando os itens dados de identificação e caracterização do estudo (FERNANDES, 2011). E os resultados serão apresentados e discutidos de forma descritiva, utilizando-se quadros, pretendendo-se mostrar as evidências sobre o tema de pesquisa.

Nessa seleção dos artigos pelos descritores se obteve um total de 4507 publicações e depois de aplicado os critérios de elegibilidade se alcançaram 39 artigos para inclusão no estudo, o que é explicitado na figura 1.

Figura 1 - Fluxograma dos artigos incluídos no estudo. Natal/RN, Brasil, 2021.



RESULTADOS

O presente artigo buscou avaliar a produção científica a respeito da mortalidade materna em urgência e emergência, no tocante aos tipos de casos mais predominantes atendidos, aos fatores influenciadores da mesma e que permeiam o atendimento obstétrico e influenciam na mortalidade materna.

Desta forma, ao realizar pesquisa integrada, utilizando os descritores “mortalidade materna”, “emergências” e “urgência”, na BVS, foram gerados 359 trabalhos e pelo acesso CAFE/CAPES se obteve 4148 achados. Após o emprego dos critérios de exclusão e inclusão, obteve-se uma amostra de 39 artigos disponíveis na íntegra. Desses 23 foram da PUBMED/Medline (19 pela BVS e 4 pela CAFE/CAPES), 14 da Scielo e dois da CINAHL. A LILACS ficou sem nenhum exemplar contemplado devido os artigos não se enquadrarem.

É perceptível que aproximadamente 99,05% dos artigos foram excluídos por não contemplarem os critérios pré-estabelecidos e nem responderem às questões de pesquisa deste trabalho. Os artigos selecionados nesta revisão são originais com representações dos últimos cinco anos de 2017 a 2021, caracterizando uma amostra atualizada com oito publicações do ano de 2017, 11 de 2018, 13 trabalhos de 2019, seis de 2020 e uma pesquisa de 2021.

Os artigos encontrados nesta pesquisa são de âmbito nacional e internacional, publicados em revistas nacionais e internacionais, sendo 28 no idioma inglês, oito no idioma português, dois de língua espanhola e um de língua francesa, observado na Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização da amostra quanto aos periódicos e a quantidade de artigos selecionados.

VARIÁVEIS	n	%
<i>PLoS ONE</i>	5	12,82
<i>BioMed Central (BMC) Pregnancy Childbirth</i>	8	20,51
<i>BioMed Central (BMC) Health Serv Res</i>	1	2,56
<i>British Medical Journal (BMJ) Open</i>	2	5,12
<i>Global Health Action</i>	1	2,56
<i>Int Health</i>	1	2,56
<i>Pan African Medical Journal</i>	1	2,56
<i>Maternal & Child Nutrition</i>	1	2,56
<i>South African Medical Journal</i>	1	2,56
<i>Revista Panamericana de Salud Pública</i>	2	5,12
<i>Lancet Global Health</i>	1	2,56
<i>Global Health: Science and Practice</i>	1	2,56

Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia	3	7,69
Cadernos de Saúde Pública	4	10,25
Cadernos Saúde Coletiva	1	2,56
Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa	1	2,56
<i>Revista Facultad Nacional de Salud Pública</i>	1	2,56
Ciência & Saúde Coletiva	1	2,56
Saúde em Debate	1	2,56
<i>Medicina Crítica</i>	1	2,56
Epidemiologia e Serviços de Saúde	1	2,56

De acordo com a abordagem metodológica, a amostra de um modo geral representa pesquisas de análise documental e pesquisa em campo com entrevistas com profissionais de saúde e população.

A amostra trouxe pesquisas realizadas em países subdesenvolvidos americanos, africanos e asiáticos, sendo eles: Brasil (em 11 artigos), Colômbia (em dois artigos, sendo um deles também em Honduras e Nicarágua), Haiti (em dois artigos), México (em um artigo), Bangladesh (em um artigo), Índia (em um artigo que também contemplou África e Haiti), África do Sul (em três artigos), Angola (em um artigo), Burkina Faso (em um artigo), Camarões (em um artigo), Etiópia (em um artigo), Moçambique (em três artigos), Nigéria (em dois artigos), Quênia (em quatro artigos), República Democrática do Congo (em dois artigos), Sudão do Sul (em um artigo), Tanzânia (em um artigo) e Zâmbia (em um artigo). Abordando realidades com problemáticas de dificuldades de recursos para atendimento de saúde em que se encontravam mulheres grávidas e que influenciaram no aumento da taxa de mortalidade materna e neonatal.

Todos os artigos abordaram o atendimento em obstetrícia, mas dez deles destacaram a análise da disponibilidade de funções do sinal em EmONC (emergência obstétrica e cuidado com o recém-nascido) de acordo com o que classifica a OMS, os quais constataram um déficit substancial no uso de serviços obstétricos de emergência nas localidades estudadas (OKONOFUA *et al.*, 2019; NTAMBUE *et al.*, 2011; WINDSMA *et al.*, 2017; KADIA *et al.*, 2020; BINTABARA; ERNEST; MPONDO, 2019; THWALA; BLAAUW; SSENGOOBA, 2019; THWALA; BLAAUW; SSENGOOBA, 2018; ELMUSHARAF *et al.*, 2017; AUGUSTO *et al.*, 2018; TEMBO *et al.*, 2017).

Outros dez trabalhos abordaram a avaliação de intervenções realizadas nas regiões pesquisadas que foram positivas por proporcionarem melhorias nos procedimentos e nas estruturas (LANG'AT; MWANRI; TEMMERMAN, 2019; GEELHOED *et al.*, 2018; KABORÉ *et al.*, 2017; DETTINGER *et al.*, 2018; PATTINSON *et al.*, 2019; KABO *et al.*, 2019; MALDONADO *et al.*, 2020; VOUSDEN *et al.*, 2019; BOLAN *et al.*, 2018; TOBE *et al.*, 2019).

Uma outra questão levantada, foi a dificuldade de acesso aos serviços relacionada às distâncias e ao transporte para encaminhamento aos serviços de referência, sendo mencionada em dez artigos deste compilado (HUTCHINSON *et al.*, 2018; CHAVANE *et al.*, 2018; CARDOSO; VIEIRA; SARACENI, 2020; LIMA *et al.*, 2017; MARTINS *et al.*, 2017; ANDRADE *et al.*, 2020; MERA-MAMIÁN; ALZATE-SÁNCHEZ, 2019; KALE *et al.*, 2018; CARVALHO *et al.*, 2020; ROSENDO; RONCALLI; AZEVEDO, 2017).

A demora na chegada do atendimento é destacada como influenciadora para as complicações e contribui para desencadear o aumento da taxa de mortalidade materna. Um dos pontos também abordado nos artigos foi o déficit de profissionais qualificados e de treinamentos para atualização das técnicas assistenciais obstétricas como sendo um fator que contribui para uma assistência inadequada em obstetrícia e contribuindo para a mortalidade materna e neonatal (BRANDT *et al.*, 2020; BRANDT *et al.*, 2019; OKONOFUA *et al.*, 2019; NTAMBUE *et al.*, 2017; WINDSMA *et al.*, 2017; KADIA *et al.*, 2020; BINTABARA; ERNEST; MPONDO, 2019; THWALA; BLAAUW; SSENGOOBA, 2018; ELMUSHARAF *et al.*, 2017; TEMBO *et al.*, 2017; CHAVANE *et al.*, 2018; ITOEA, 2019).

A qualidade das instalações de saúde foi outro ponto levantado nos trabalhos como contribuinte para complicações obstétricas, pois as más instalações não proporcionaram estrutura e materiais para um adequado atendimento (BINTABARA; ERNEST; MPONDO, 2019; THWALA; BLAAUW; SSENGOOBA, 2018).

Nesse âmbito, o déficit de recursos materiais, físicos, pessoais e estruturais estiveram nos achados de cinco artigos desse compilado, revelando a falta de comprometimento dos gestores e a dificuldade de organização dos serviços THWALA; BLAAUW; SSENGOOBA, 2018; ELMUSHARAF *et al.*, 2017; FERNANDES, 2011; NTAMBUE *et al.*, 2011; WINDSMA *et al.*, 2017; TEMBO *et al.*, 2017; CHAVANE *et al.*, 2018).

Isso remeteu ao fato que há uma distribuição de recursos desigual e centralização do atendimento, em que os locais mais bem situados recebem maiores investimentos e os mais remotos são prejudicados pela má gestão, e dessas áreas não serem também atraentes ao investimento privado e assim ter pouco ou nenhum serviço de saúde privado ou de aliança público-privado (BINTABARA; ERNEST; MPONDO, 2019; THWALA; BLAAUW; SSENGOOBA, 2018).

Com relação ao conhecimento de sinais de perigo, por parte das gestantes, na busca de atendimento precoce e prevenir complicações, as mulheres de área urbana são mais instruídas do que as de localidades rurais. Isso por terem melhor acesso à informação e ao atendimento pré-natal. O pré-natal oferece uma oportunidade de aconselhar as mulheres sobre possíveis perigos sérios sinais de gravidez (HUTCHINSON *et al.*, 2018).

As principais causas evidenciadas na amostra que elevaram a mortalidade materna foram hemorragia, sepse e hipertensão induzida pela gravidez, sendo um achado de oito pesquisas um artigo abordou as causas indiretas (KAHULI; NUNGULO; AYRES-DE-CAMPOS, 2018; MOURA *et al.*, 2018; ANDRADE *et al.*, 2020; NUNES *et al.*, 2019; LOPES *et al.*, 2018; TEMBO *et al.*, 2017).

Um estudo abordou a análise de intervenção realizada anteriormente a pesquisa na qual houve sucesso na resolução de complicação obstétrica com proporção de 77,2% dos casos (KABORÉ *et al.*, 2017). Isso pelo fato da intervenção ter apoio de materiais e profissionais treinados. Entretanto se destacou a importância de continuar a aperfeiçoar e fortalecer as habilidades dos profissionais para melhor potencializar suas intervenções e valorizar a qualidade do atendimento oferecido.

Contudo, os demais trabalhos elucidaram que a alta taxa global de mortalidade obstétrica direta o que sugere má qualidade dos cuidados nas respectivas unidades de saúde, o que pode incluir referências atrasadas e inadequadas. E isso remete a recursos humanos inadequados, disponibilidade limitada de equipamentos e suprimentos que podem ter contribuído para a elevação desse indicador.

DISCUSSÃO

De acordo com a amostra de artigos aqui retratada, este estudo evidenciou que tem havido uma preocupação de âmbito nacional e internacional, em se pesquisar a respeito da temática da mortalidade materna e como fazer para reduzir seus indicadores, com atenção particular aos países subdesenvolvidos. Os quais foram destaque como campo de pesquisa desses estudos.

É perceptível que as pesquisas utilizaram os serviços de atendimento hospitalar e de transporte de pacientes a fim de estudar o que poderia ocasionar e contribuir para as mortes maternas. Isso permitiu o achado que as unidades de urgência e emergência obstétricas enfrentam diversos problemas na hora do atendimento, principalmente com intercorrências graves, remetendo ao atendimento precário, em regiões longínquas, à dificuldade no acesso ao transporte das pacientes, ao tempo de chegada para receber o atendimento de saúde, à falta de profissionais habilitados e à baixa qualidade das instalações, como fatores contribuintes para isso e destacados neste compilado.

Conforme o Ministério da Saúde, a morte materna advém em decorrência de episódios mal sucedidos, deficiência de acolhimento à gestante e/ou puérpera, falta de suporte familiar ou social ou mesmo pela inadequada resposta dos serviços de saúde. É imprescindível que

ocorra direcionamento adequado das pacientes, conduzidas segundo suas queixas e sintomas para o destino apropriado, não agravando, deste modo, o cenário de socorro das urgências e emergências obstétricas (BRASIL, 2000).

Neste âmbito, os profissionais de saúde, desde a rede de atenção básica, desenvolvendo um pré-natal de qualidade, até o nível mais complexo de atendimento, devem estar preparados para identificar riscos e socorrer o mais rapidamente possível essas mulheres (BRASIL, 2000).

Além da questão dos profissionais habilitados, um estudo qualitativo realizado na região de Malawi/África, identificou informações importantes sobre o impacto de uma comunicação eficaz entre o prestador de serviços de saúde e o parto. Os principais temas que emergiram em relação à natureza da comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes foram: boa interação médico-paciente; abuso verbal e falta de respeito; falha dos profissionais de saúde em responder as perguntas; barreiras linguísticas à comunicação e falta de competência na comunicação não verbal e discriminação devido ao seu status. Nisso, dificultando o processo de humanização no processo parturitivo, principalmente se a gestante chega a unidade de saúde com intercorrências necessitando de atendimento de urgência e emergência (MADULA *et al.*, 2018).

É elucidado nesta revisão também a importância das orientações no pré-natal como prevenção de complicações e para a gestante saber reconhecer os possíveis sinais de perigo. Tema foi semelhantemente destacado em pesquisa que a assistência qualificada no pré-natal representa a possibilidade de diminuição da morbimortalidade materna, colaborando de forma expressiva com a redução desses índices, promovendo uma maternidade segura. Contudo, a atenção pré-natal qualificada está vinculada à presença de profissionais qualificados e habilitados para tal (MADULA *et al.*, 2018).

Foi evidenciado que as principais causas de mortalidade materna são hemorragia, seps e hipertensão induzida pela gravidez. Um estudo realizado em um estado no Nordeste do Brasil, a maioria das mortes por Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez (SHEG) e Síndromes Hemorrágicas (SH) acometeu mulheres entre 20 e 29 (50%), 30 a 39 anos (50%), de cor/etnia parda (50%), solteira (75%) e do lar (50%). As principais causas de óbitos foram as SH da segunda metade gestacional com 60%. Sendo a hemorragia pós-parto responsável por 40% das mortes totais, seguida da placenta prévia com 20%. Quanto às SHEG, estas foram causas de 40% das mortes, sendo a pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica responsável por 20% e a eclâmpsia por 20%. Não foi constatada nenhuma morte por hipertensão crônica, pré-eclâmpsia, síndrome HELLP, descolamento prematuro da placenta ou rotura uterina no período da pesquisa (LOPEZ; DOMINGUEZ; MONTELONGO, 2018).

Nesse contexto, esta pesquisa evidenciou a hipovolemia por hemorragia como causa mais presente de morte materna e isto foi semelhantemente destacado em outro estudo realizado na Espanha, como uma pesquisa transversal no período de 1999-2015, a qual identificou 272 óbitos maternos, sendo a maioria ocasionada por hemorragia (ATANASOVA *et al.*, 2018).

Dessa forma, percebe-se que o desenvolvimento de ações de combate à mortalidade materna é imprescindível para o alcance do terceiro Objetivo de Desenvolvimento Sustentável, que possui com uma das metas a redução da taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes para cada 100.000 nascidos vivos (ONU, 2021).

A baixa acessibilidade dos cuidados obstétricos de emergência tem consequências além das mortes maternas. Fornecer medicamentos gratuitamente e mudar para um sistema de encaminhamento mais sustentável, com financiamento nacional, reduziria as despesas catastróficas para as famílias durante as emergências obstétricas (ARSENAULT *et al.*, 2013).

Assim, destaca-se a importância de haver um investimento com direcionamento adequado para os serviços de saúde, em atenção especial ao de urgência de emergência que é porta de entrada dos atendimentos e merece uma resolutividade eficaz. Isso visto os agravos terem risco de perdas em curto tempo se não solucionados a tempo. No tocante a obstetrícia, onde quando se fala em salvar vidas ainda temos preocupação dobrada, pensando no binômio mãe-bebê. Dessa forma, as melhorias necessárias no serviço de obstetrícia refletem na redução da mortalidade materna e neonatal.

CONCLUSÃO

Nos últimos cinco anos, as pesquisas vêm demonstrando os números de mortes maternas por diversos fatores, dentre eles: o tempo de atendimento nos serviços de saúde, a falta de profissionais, a má qualidade das instalações de saúde, o meio de transporte, a realização de pré-natal e as doenças preexistentes. E, que, isso varia de país para país, fazendo com que alguns fatores sejam mais evidenciados que outros. Percebe-se que nos países subdesenvolvidos as mulheres ainda enfrentam problemas como a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a peregrinação em busca de atendimento, assim como a discrepância acentuada entre os serviços públicos e privados, sendo este último apresentando uma qualidade melhor, porém, limitada para aqueles que contribuem financeiramente para o uso dos serviços.

Com isso, seria necessária uma estruturação adequada dos serviços de atenção à saúde, a começar da atenção primária em saúde com o acompanhamento no pré-natal de qualidade, a fim de evitar complicações futuras na gestação, isso pelo fato de ser a base para definir como será o ciclo gravídico-puerperal, para que a mulher e a família possam estar preparadas a identificar possíveis intercorrências durante a gestação. Os profissionais de saúde devem ajudar com atividades de educação em saúde e orientações para diminuir a incidência e prevalência da morbimortalidade materna, principalmente nos países em desenvolvimento.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, M.S.; *et al.* Morbidade materna grave em hospitais públicos de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 36, n. 7, p. 1-15, 2020.

ARSENAULT, C.; *et al.* Obstetric care in Mali: catastrophic spending and its impoverishing effects on households. **Bull World Health Organ**, v. 91, p. 207-16, 2013.

ATANASOVA, V.B.; *et al.* Maternal mortality in Spain and its association with country of origin: cross-sectional study during the period 1999–2015. **BMC Public Health**, v. 18, n. 1171, p. 1-9, 2018.

AUGUSTO, O.; *et al.* Progress in Mozambique: Changes in the availability, use, and quality of emergency obstetric and newborn care between 2007 and 2012. **PLoS ONE**, v. 13, n. 7, p. 1-15, 2018.

BENUTE, G.R.G.; *et al.* Preferência pela via de parto: Uma comparação entre gestantes nulíparas e primíparas. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 35, n. 6, p. 281-85, 2013.

BINTABARA, D.; ERNEST, A.; MPONDO, B. Health facility service availability and readiness to provide basic emergency obstetric and newborn care in a low-resource setting: evidence from a Tanzania National Survey. **BMJ Open**, v. 9, n. 2, p. 1-10, 2019.

BOLAN, N.E.; *et al.* Learning in the Democratic Republic of the Congo: a mixed-methods feasibility and pilot cluster randomized trial using the Safe Delivery App. **Glob Health Sci Pract**, v. 6, n. 4, p. 693-10, 2018.

BOLETA, F.B.; *et al.* Pesquisa epidemiológica dos óbitos maternos e o cumprimento do quinto objetivo de desenvolvimento do milênio. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. spe, p. 192-199, 2015.

BRANDT, A.J.; *et al.* Maternal health training priorities for nursing and allied professions in Haiti. **Rev Panam Salud Publica**, v. 44, n. 67, p. 1-8, 2020.

BRANDT, A.J.; *et al.* Maternal health training priorities for nursing and allied health workers in Colombia, Honduras, and Nicaragua. **Rev Panam Salud Publica**, v. 43, n. 7, p. 1-10, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Urgências e emergências maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

CARDOSO, B.B.; VIEIRA, F.M.S.B.; SARACENI, V. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais? **Cad Saúde Pública**, v. 36, n. 1, p. 1-13, 2020.

CARVALHO, P.I.; *et al.* Perfil sociodemográfico e assistencial da morte materna em Recife, 2006-2017: estudo descritivo. **Epidemiol Serv Saude**, v. 29, n. 1, p. 1-18, 2020.

CHAVANE, L.A.; *et al.* Maternal death and delays in accessing emergency obstetric care in Mozambique. **BMC Pregnancy Childbirth**, v; 18, n. 71, p. 1-8, 2018.

CIRELLI, J.F.; *et al.* The Burden of Indirect Causes of Maternal Morbidity and Mortality in the Process of Obstetric Transition: A Cross-Sectional Multicenter Study. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 40, n. 3, p. 106-14, 2018.

CUNHA, M.A. **Assistência pré-natal por profissionais de enfermagem no município de Rio Branco – AC**: contribuição para o estudo da atenção qualificada ao ciclo gravídico-puerperal. 2008. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

DETTINGER, J.C.; *et al.* Measuring movement towards improved emergency obstetric care in rural Kenya with implementation of the PRONTO simulation and team training program. **Matern Child Nutr**, v. 14, n. 1, p 1-11, 2018.

ELMUSHARAF, K.; *et al.* Patterns and determinants of pathways to reach comprehensive emergency obstetric and neonatal care (CEmONC) in South Sudan: qualitative diagrammatic pathway analysis. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 17, n. 278, p. 1-15, 2017.

FERNANDES, D.L. Representações sociais de adolescentes sobre o câncer de colo do útero. 2011. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, 2011.

FREITAS-JÚNIOR, R.A.O. Mortalidade materna evitável enquanto injustiça social. **Rev Bras Saúde Mater Infant**, v. 20, n. 2, p. 615-22, 2020.

GEELHOED, D.; *et al.* Improving emergency obstetric care and reversing the underutilisation of vacuum extraction: a qualitative study of implementation in Tete Province, Mozambique. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 18, n. 266, p. 1-14, 2018.

GIRUM, T.; WASIE, A. Correlates of maternal mortality in developing countries: an ecological study in 82 countries. **Matern Health Neonatol Perinatol**, v. 3, n. 19, p. 2-6, 2017.

HERDT, M.C.W.; *et al.* Temporal Trend of Near Miss and its Regional Variations in Brazil from 2010 to 2018. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 43, n. 2, p. 97-106, 2021.

HUSSEIN, J.; *et al.* Maternal death and obstetric care audits in Nigeria: a systematic review of barriers and enabling factors in the provision of emergency care. **Reprod Health**, v. 13, n. 47, p. 1-11, 2016.

HUTCHINSON, K.; *et al.* Delayed access to emergency obstetrical care among preeclamptic and non-preeclamptic women in Port-Au-Prince, Haiti. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 18, n. 337, p. 1-9, 2018.

ITOTEA, E.W. Knowledge of intrapartum care among obstetric care providers in rural Kenya. **Int Health**, v. 11, n. 4, p. 258-64, 2019.

KABO, I.; *et al.* Strengthening and monitoring health system's capacity to improve availability, utilization and quality of emergency obstetric care in northern Nigeria. **PLoS ONE**, v. 14, n. 2, p. 1-16, 2019.

KABORÉ, S.; *et al.* Lutte contre la mortalité maternelle en milieu rural: décentralisation de l'offre des soins obstétricaux d'urgence au Burkina Faso. **Pan Afr Med J**, v. 27, n. 236, p. 1-15, 2017.

KADIA, R.S.; *et al.* Evaluation of emergency obstetric and neonatal care services in Kumba Health District, Southwest region, Cameroon (2011–2014): a before-after study. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 20, n. 95, p. 1-8, 2020.

KAHULI, C.N.; NUNGULO, V.N.; AYRES-DE-CAMPOS, D. Causes of maternal mortality in four reference hospitals in Huambo Province from 2011 to 2013. **Acta Obstet Ginecol Port**, v. 12, n. 4, p. 256-60, 2018.

KALE, P.L.; *et al.* Mortes de mulheres internadas para parto e por aborto e de seus conceptos em maternidades públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 5, p. 1577-90, 2018.

LANG'AT, E.; MWANRI, L.; TEMMERMAN, M. Effects of implementing free maternity service policy in Kenya: an interrupted time series analysis. **BMC Health Serv Res**, v. 19, n. 645, p. 1-10, 2019.

LIMA, M.R.G.; *et al.* Alterações maternas e desfecho gravídico-puerperal na ocorrência de óbito materno. **Cad Saúde Colet**, v. 25, n. 3, p. 324-31, 2017.

LOPES, F.B.T.; *et al.* Mortalidade materna por síndromes hipertensivas e hemorrágicas em uma maternidade-escola referência de Alagoas. **CBioS**, v. 4, n. 2, p. 149-152, 2018.

LÓPEZ, M.L.G.; DOMÍNGUEZ, A.C.; MONTELONGO, F.J. Papel del índice de choque en embarazadas del tercer trimestre con hemorragia obstétrica para requerimiento transfusional atendidas en el Hospital General «Las Américas». **Med Crit**, v. 33, n. 1, p. 15-20, 2020.

MADULA, P.; *et al.* Healthcare provider-patient communication: a qualitative study of women's perceptions during childbirth. **Reprod Health**, v. 15, n. 35, p. 2-10, 2018.

MALDONADO, L.Y.; *et al.* Promoting positive maternal, newborn, and child health behaviors through a group-based health education and microfinance program: a prospective matched cohort study in western Kenya. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 20, n. 288, p. 1-14, 2020.

MARTINS, E.F.; *et al.* Causas múltiplas de mortalidade materna relacionada ao aborto no Estado de Minas Gerais, Brasil, 2000-2011. **Cad Saúde Pública**, v. 33, n. 1, p. 1-11, 2017.

MATTOS, D.; VANDENBERGHE, L.; MARTINS, C. Motivação de enfermeiros obstetras para o parto domiciliar planejado. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 8, n. 4, p. 951-959, 2014.

MERA-MAMIÁN, A.Y.; ALZATE-SÁNCHEZ, R.A. Mortalidad materna en el departamento de Cauca, un estudio en el régimen subsidiado. **Rev Fac Nac Salud Pública**, v. 37, n. 3, p. 64-73, 2019.

MOURA, B.L.A.; *et al.* por complicações obstétricas na gestação e desfechos maternos e perinatais, em uma coorte de gestantes no Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p. 1-13, 2018.

NTAMBUE, A.M.; *et al.* Emergency obstetric and neonatal care availability, use, and quality: a cross-sectional study in the city of Lubumbashi, Democratic Republic of the Congo, 2011. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 17, n. 1, p. 40, 2017.

NUNES, M.D.S.; MADEIRO, A.; DINIZ, D. Mortes maternas por aborto entre adolescentes no Piauí, Brasil. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 123, p. 1132-44, 2019.

OKONOFUA, F.; *et al.* Assessing the knowledge and skills on emergency obstetric care among health providers: Implications for health systems strengthening in Nigeria. **PLoS One**, v. 14, n. 4, p. 1-17, 2019.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Centro Colaborador da OMS para a Classificação das Doenças em Português. CID-10. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. São Paulo: EDUSP, 2010.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Mortalidade Materna**. 19 set, 2019 Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>. Acesso em: 02 jul. 2021.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Sobre o nosso trabalho para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil**. 2021. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>. Acesso em: 01 out. 2021.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Folha informativa - Mortalidade materna [internet]**. Ago, 2018 Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820. Acesso em: 17 jul 2021.

OSANAN, G.C.; *et al.* Strategy for Zero Maternal Deaths by Hemorrhage in Brazil: A Multidisciplinary Initiative to Combat Maternal Morbimortality. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 40, n. 3, p. 103-5, 2018.

PATTINSON, R.C.; *et al.* Reducing maternal deaths by skills-and-drills training in managing obstetric emergencies: A before-and-after observational study. **S Afr Med J**, v. 109, n. 4, p. 241-245, 2019.

ROSENDO, T.S.; RONCALLI, A.G.; AZEVEDO, G.D. Prevalence of Maternal Morbidity and Its Association with Socioeconomic Factors: A Population-based Survey of a City in Northeastern Brazil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 39, n. 11, p. 587-95, 2017.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-6, 2010.

TEMBO, T.; *et al.* Signal functions for emergency obstetric care as an intervention for reducing maternal mortality: a survey of public and private health facilities in Lusaka District, Zambia. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 17, n. 288, p. 1-8, 2017.

THWALA, S.B.P.; BLAAUW, D.; SSENGOOBA, F. 'It needs a complete overhaul...' district manager perspectives on the capacity of the health system to support the delivery of emergency obstetric care in an urban South African district. **Global Health Action**, v. 12, n. 1, p. 1-10, 2019.

THWALA, S.B.P.; BLAAUW, D.; SSENGOOBA, F. Measuring the preparedness of health facilities to deliver emergency obstetric care in a South African district. **PLoS ONE**, v. 13, n. 3, p. 1-9, 2018.

TOBE, G.R.; *et al.* Strengthening the community support group to improve maternal and neonatal health seeking behaviors: A cluster-randomized controlled trial in Satkhira District, Bangladesh. **PLoS ONE**, v. 14, n. 2, 2019.

VOUSDEN, N.; *et al.* Effect of a novel vital sign device on maternal mortality and morbidity in low-resource settings: a pragmatic, stepped-wedge, cluster-randomised controlled trial. **Lancet Glob Health**, v. 7, p. 347-56, 2019.

WINDSMA, M.; *et al.* Emergency obstetric care provision in Southern Ethiopia: a facility-based survey. **BMJ Open**, v. 7, n. 11, p. 1-7, 2017.

VIVER COM O ADOECIMENTO: HISTÓRIA DE VIDA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DOENÇA CRÔNICA

Jéssica Íris Franco da Silva
Jonas Sâmí Albuquerque de Oliveira

INTRODUÇÃO

Inseridas no conjunto de condições crônicas, as doenças crônicas são relacionadas a diversas causas, caracterizam-se por ter início gradativo, sem certeza do prognóstico ou duração. Podem ainda, em sua evolução, apresentar momentos de agudização e ser causadoras de incapacidades em determinados casos. Elevados índices de internações hospitalares são ocasionados por essas condições, com envolvimento de diversas intervenções que influenciam na vida dos indivíduos envolvidos, geralmente em um processo longo e progressivo que pode não atingir a cura (BRASIL, 2013).

Segundo Nóbrega *et al.* (2017), em cada etapa da doença crônica em crianças e adolescentes existem necessidades particulares, que irão exigir da Rede de Atenção à Saúde e também da equipe multiprofissional, um olhar diferenciado e sensível a fim de integralizar o cuidado de forma apoiada, ampliada, contínua, proativa e resolutiva, aspectos essenciais para este público.

Levando em consideração a necessidade de integralidade no cuidado, torna-se relevante a percepção dos contextos histórico, social e familiar destes sujeitos, sendo a comunicação e vínculo, aliados a empatia, ferramentas importantes para o fortalecimento das relações em serviços de atenção às crianças e adolescentes, o que torna a assistência mais humanizada (RODRIGUES *et al.*, 2013).

As crianças são reconhecidas como as melhores fontes de informação sobre suas experiências e opiniões, mas o modo como se comunicam e expressam seus sentimentos relaciona-se imensamente com os contextos físico, social, econômico e político em que estão inseridas. Por isso, através de uma abordagem qualitativa, pode-se analisar circunstâncias vividas por elas e os significados conferidos sob sua própria visão (VASQUES *et al.*, 2014).

É imprescindível que a equipe multiprofissional esteja atenta às reflexões e experiências que a doença crônica traz, a fim de pautar suas ações nas necessidades prioritárias, e não somente voltar-se às imposições terapêuticas (RODRIGUES *et al.*, 2013).

As experiências rotineiras no cenário hospitalar possibilitaram a percepção da vulnerabilidade das crianças e adolescentes portadores de doenças crônicas, bem como das famílias que vivem com estas condições, associadas aos processos que as acompanham desde a descoberta.

Considerando-se a filosofia do cuidar ainda pouco implementada, denominada cuidado centrado no paciente e na família, a qual trata-se de uma abordagem que reconhece sua importância e que propõe a sua participação no planejamento das ações, já que a mesma exerce influência sob o paciente e a doença. Para tal, procura-se incluir na assistência, não somente demandas de ordem clínica, como também as emocionais, afetivas e sociais, a fim de proporcionar um cuidado integral (CORRÊA *et al.*, 2015; AMADOR *et al.*, 2018).

Neste contexto, o presente estudo demonstra sua relevância social, no sentido de que ao revelar a história de vida de crianças e adolescentes que vivem com a doença crônica, possa melhorar o olhar multiprofissional e da gestão em saúde para o cuidado qualificado das crianças, adolescentes e suas famílias. Assim, se diferencia ao perceber cada um destes sujeitos como protagonistas, considerando sua singularidade e subjetividade.

Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo revelar a história de vida de escolares e adolescentes vivendo com doença crônica, a partir dos seus relatos acerca da temática.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, que buscou revelar a história de vida de escolares e adolescentes vivendo com doença crônica, a partir dos seus relatos acerca da temática.

A coleta dos dados foi realizada por uma enfermeira residente em Saúde da Criança na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e na Enfermaria pediátrica do Hospital Universitário Onofre Lopes. Quando os participantes se encontravam impossibilitados de sair foi feita à beira leito, assim como na área de convivência da enfermaria, um espaço destinado ao lazer dos pacientes e famílias, em caso contrário. A metodologia do estudo requer um espaço cômodo e privativo, por isso estes locais foram escolhidos.

Participou do estudo a população de escolares e adolescentes com diagnóstico de doença crônica que esteve em processo de internação hospitalar entre o período de maio a agosto de 2019. A amostra constou de oito participantes.

Foram critérios de inclusão: ser de ambos os sexos; ser criança ou adolescente; possuir qualquer doença crônica com diagnóstico médico sem tempo determinado; estar hospitalizado

(a) na unidade; e ter capacidade física e cognitiva para corresponder aos objetivos da pesquisa. E os de exclusão: pacientes que apresentassem comprometimento físico, neurológico e/ou cognitivo que os impossibilitem de corresponder aos questionamentos da pesquisa; ou pacientes impossibilitados de corresponder às questões por qualquer circunstância não inclusa no critério anterior, como por exemplo, aqueles com deficiência auditiva, traqueostomizados, entre outros.

A história oral temática descrita por Meihy (2005), foi utilizada como método para obtenção dos dados. A fim de preservar a espontaneidade dos participantes, as intervenções foram realizadas individualmente. Restrito ao pesquisador, foi utilizado um roteiro de condução com as questões norteadoras abertas referentes aos temas, tendo adaptação da linguagem sem que houvesse alteração do sentido, com intuito de melhorar a compreensão dos participantes, sendo realizadas as interrogações necessárias.

Com a finalidade de registrar de maneira mais fidedigna possível as informações, foi utilizado um gravador de voz durante todo o processo da coleta. O conteúdo foi transcrito de modo minucioso com identificação rigorosa dos elementos linguísticos dos participantes, resultado em uma hora e 11 minutos de áudio. A pesquisadora também utilizou um diário de campo para registrar aspectos não verbais da comunicação, como gestos, choro, risos, entre outros.

A saturação dos dados foi o critério para conclusão da coleta, a qual se trata da suspensão na inclusão de novos participantes a partir do momento em que os dados começam a ser redundantes (FONTANELLA *et al.*, 2011).

Durante o procedimento de coleta, os participantes foram identificados por pseudônimos alusivos aos personagens infantis de que mais gostavam, com a intenção de assegurar o anonimato deles.

Utilizou-se a análise temática descrita por Minayo (2004) para análise dos dados. Inicialmente foi realizada uma pré-análise, com a intensa leitura para destacar as ideias centrais das falas, escolher os documentos, retomar as hipóteses e objetivos iniciais, reformulando-os a partir do material coletado; composição do *corpus*, com agrupamento das entrevistas de acordo com a similaridade de suas características; e ao final, o tratamento destes resultados.

Os dados foram organizados e codificados com o auxílio do *Atlas.ti 8.0* na primeira etapa da análise. Em pesquisas qualitativas, este é um *software* utilizado como estratégia para codificação do texto, que possibilita a divisão em segmentos que se atribuem códigos. Foram identificados 26 códigos nesta fase, gerando quatro grupos inter-relacionados, sendo que cada grupo resultou cada um em uma rede diferente.

A partir da definição destas unidades, foi desenvolvida a discussão dialogada com os autores estudados como referencial teórico da pesquisa, e por fim foram estabelecidas as conclusões com base nestes resultados.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), através do Parecer de nº 3.301.327, tendo em vista que em sua totalidade respeitou-se a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a qual trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

Oito crianças em idade escolar e adolescentes participaram do estudo, dos quais sete foram meninas com idades entre oito e 13 anos, e um menino de oito anos. Todos têm diagnóstico médico de doença crônica, tanto desde o nascimento, quanto há poucos anos. Dentre estes diagnósticos estão a síndrome nefrótica, hepatopatia, bexiga neurogênica, fibrose cística, lúpus eritematoso sistêmico e dermatomiosite juvenil.

Através da análise realizada pelo *software Atlas.ti 8*, as seguintes categorias foram identificadas: Diagnóstico, Cuidado, Rede de apoio e Rotina.

Figura 1 - Diagnóstico

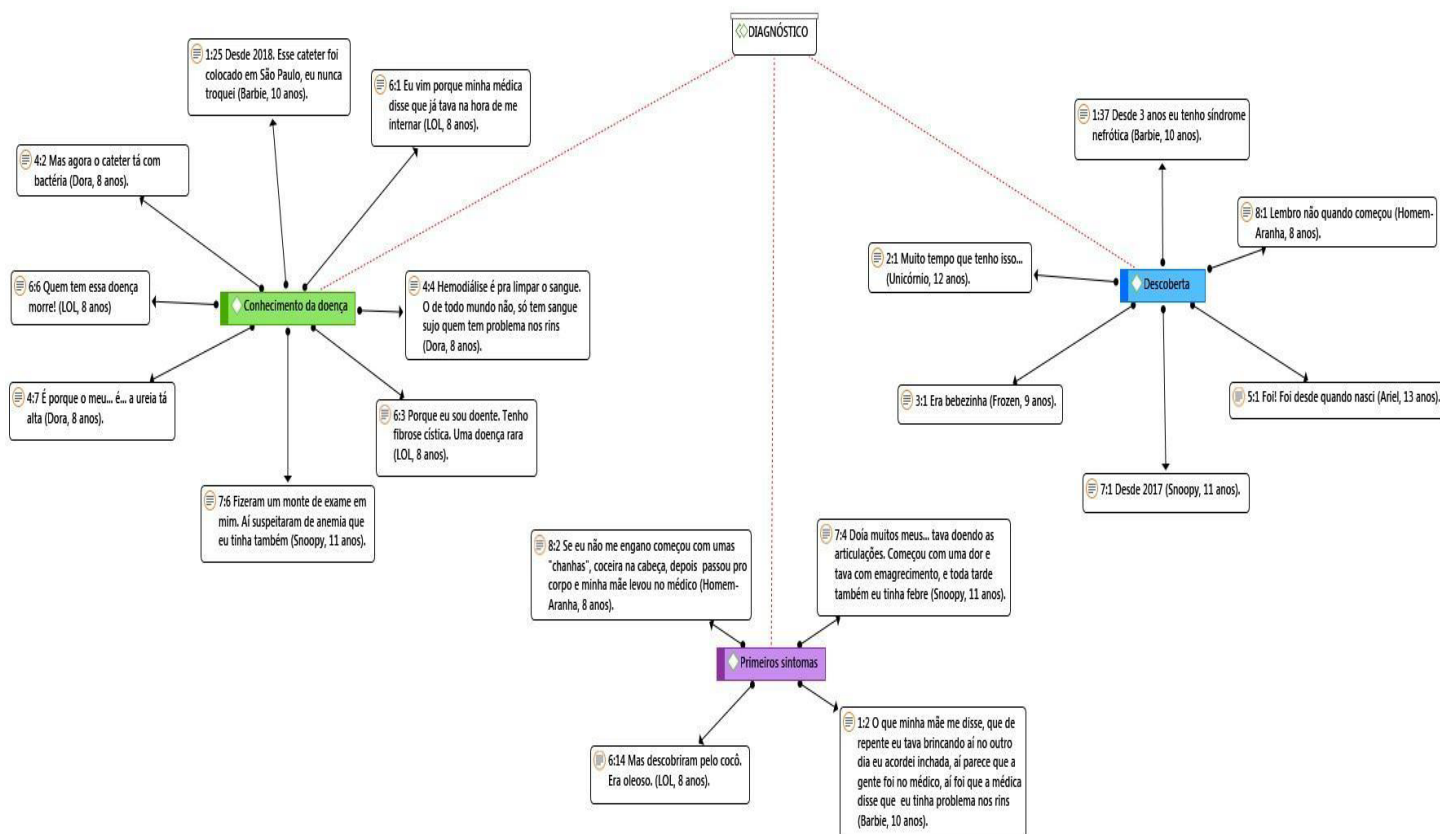
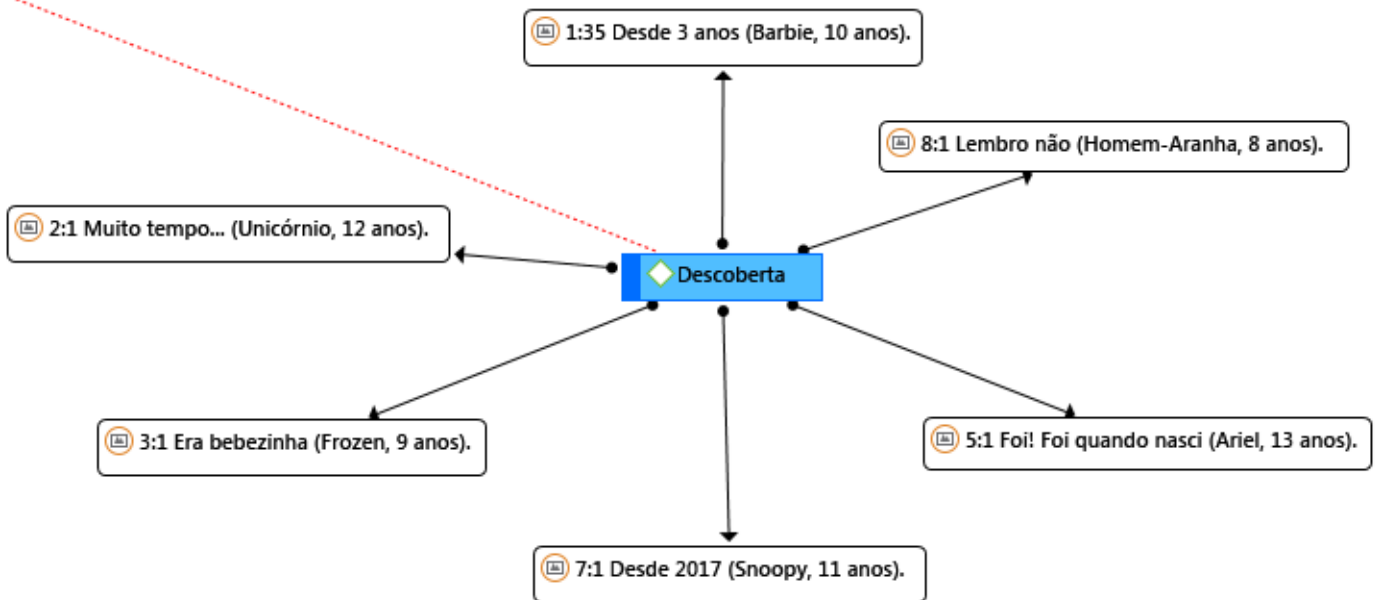
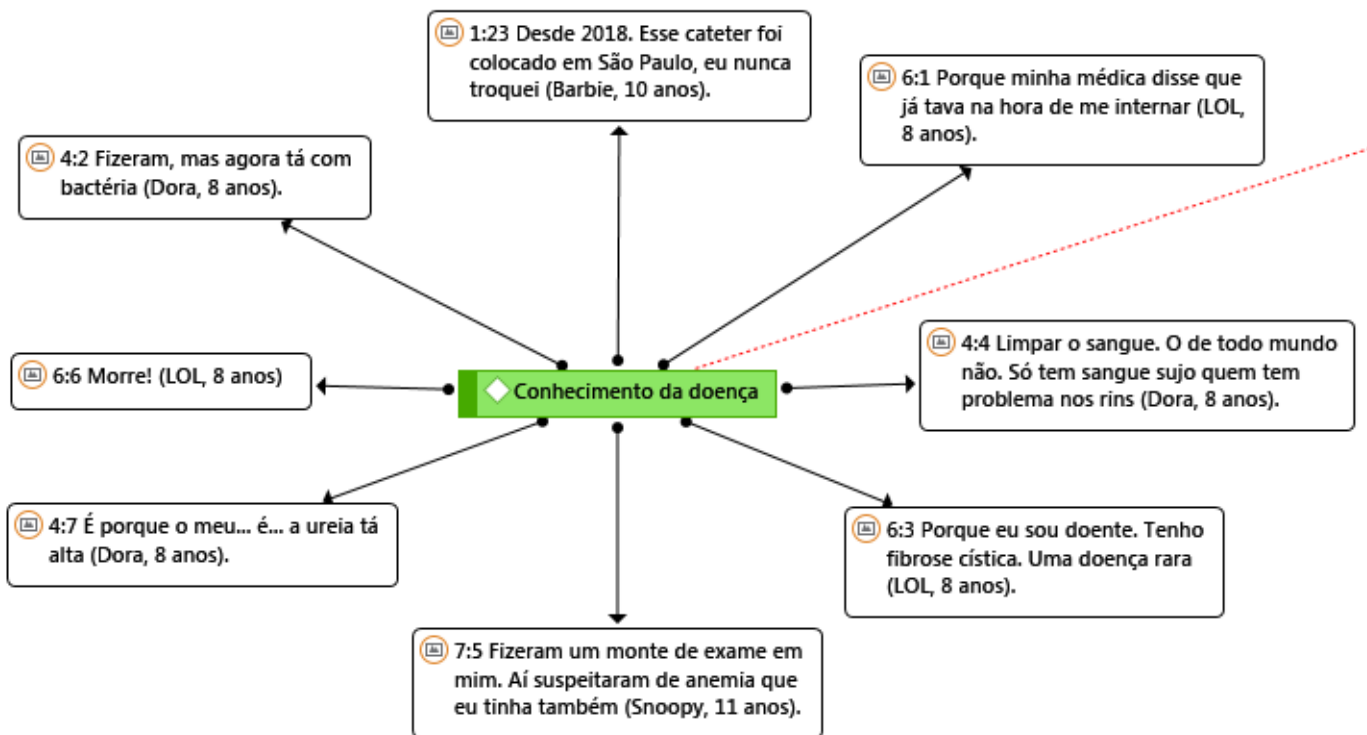
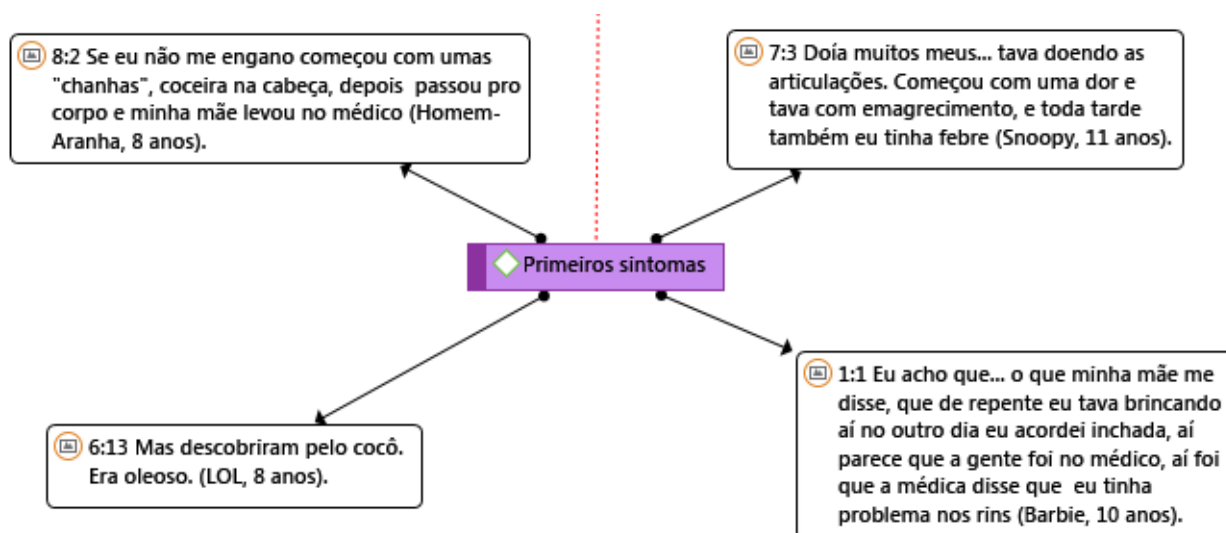


Figura 2 (desmembrada para melhor leitura) - Diagnóstico



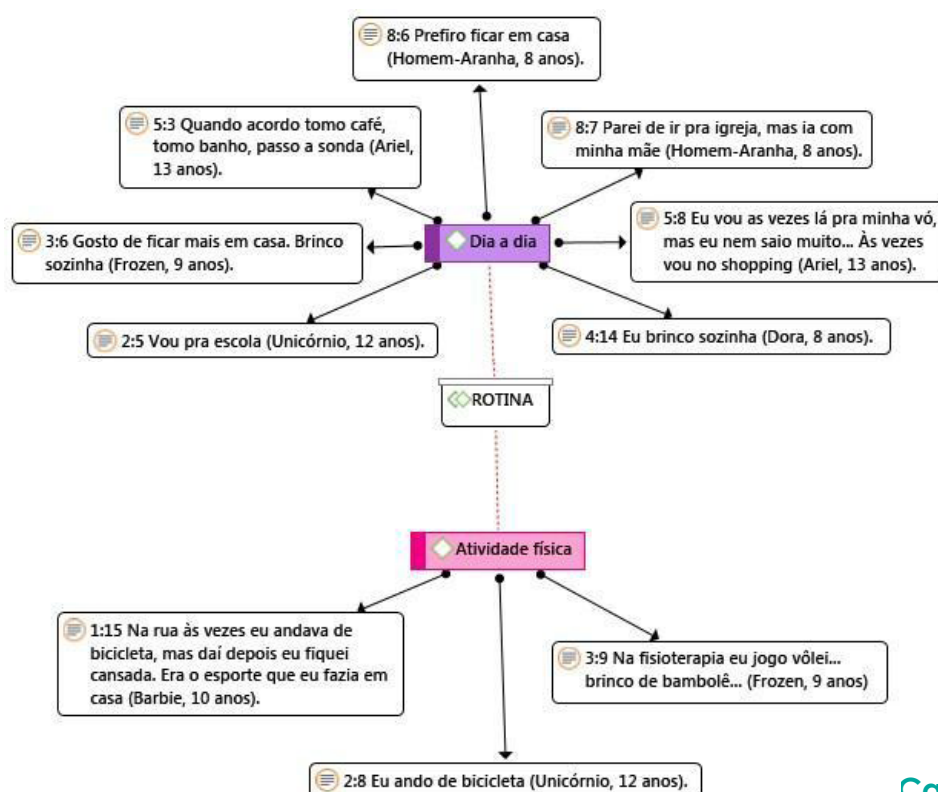


Determinados participantes demonstraram ter bastante conhecimento acerca de sua condição crônica, uma vez que, em suas falas citam resultados de exames laboratoriais, funcionamento de procedimentos complexos como a hemodiálise, uso de cateteres, inclusive ciência da gravidade da doença, como na fala de LOL de apenas oito anos, a qual menciona que as crianças que têm fibrose cística morrem.

Sobre a descoberta, alguns referem já ter nascido com o problema, uns não lembram por serem muito pequenos nesta época, e outros recordam com exatidão, citando com detalhes os primeiros sinais e sintomas, que os levaram ao diagnóstico.

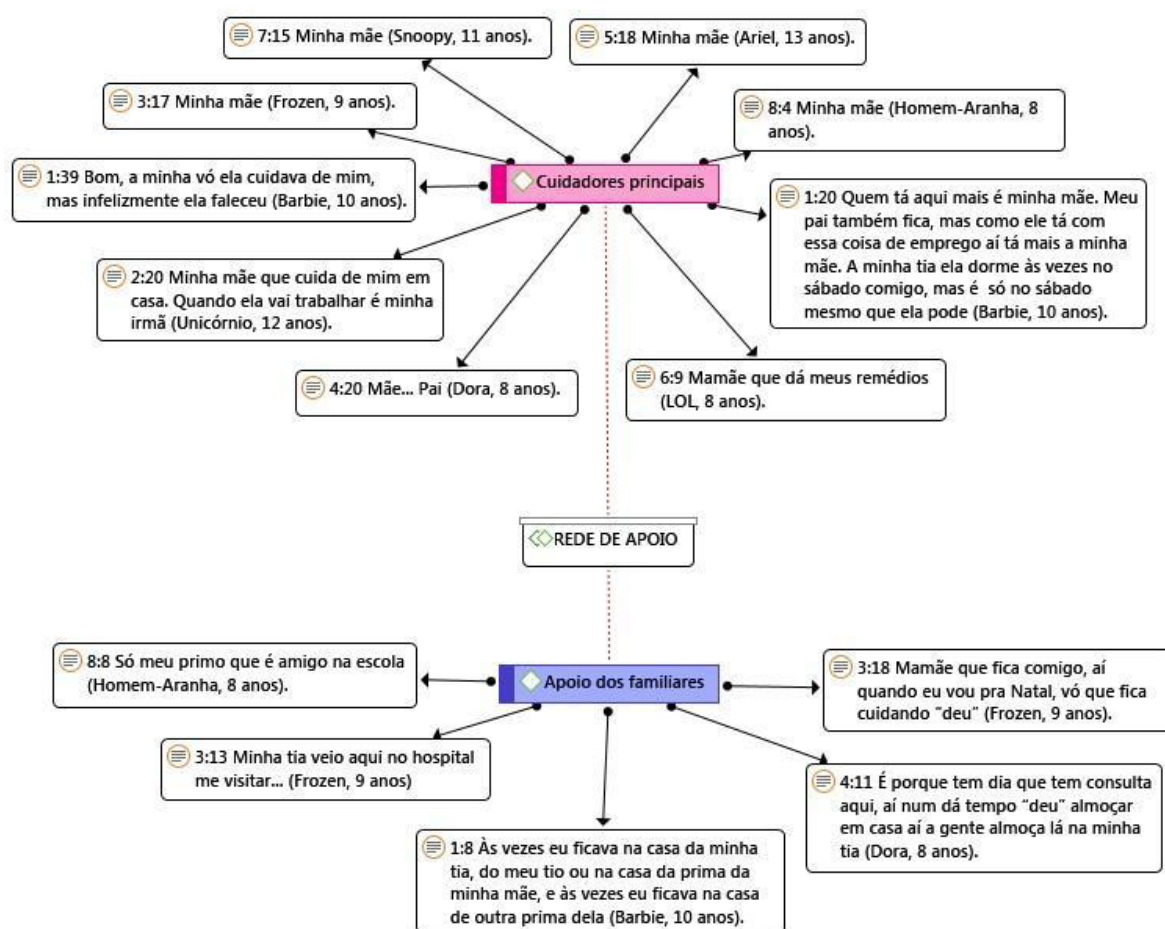
A partir da descoberta e/ou por necessidades que a doença requer, houve casos em que a rotina destas crianças e adolescentes mudou, como demonstra a figura seguinte:

Figura 3 - Rotina



Nesta categoria, que se refere a rotina dos participantes, as falas relatam atividades do dia-dia, como ir à escola e visitar familiares, porém a maioria demonstra uma tendência a preferir ficar em casa e brincar sozinho. Já Ariel de 13 anos realiza cateterismo vesical de alívio assim que acorda. Além disso, citam também atividades físicas, sendo que Barbie de 10 anos, por exemplo, já não consegue mais andar de bicicleta como antes pois fica cansada, e Frozen pratica exercícios em suas sessões de fisioterapia.

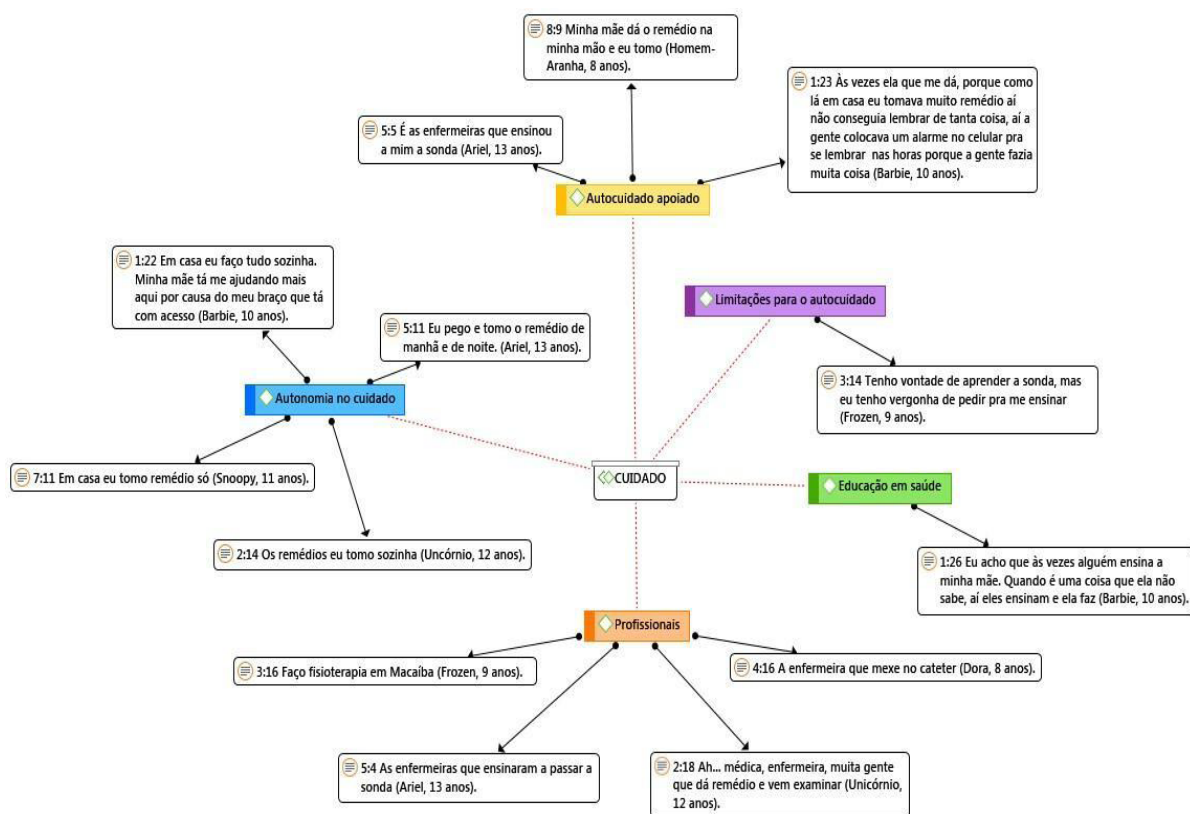
Figura 4 - Rede de apoio



Sobre a rede de apoio, os depoimentos, por unanimidade, destacaram os pais, principalmente a mãe, como os principais cuidadores. Apesar de que outras pessoas da família, como irmãos, avós, tios e primos também auxiliam no cuidado, tanto em casa, quanto em necessidades relacionadas à doença, como no caso de consultas longe do domicílio, viagens e internação hospitalar, ou até mesmo como companhia na escola, como referiu Homem-Aranha.

Ainda sobre o cuidado, foram citados aspectos como a autonomia e as limitações para com o mesmo, o autocuidado apoiado, os profissionais envolvidos e a educação em saúde, como demonstra a figura 5:

Figura 5 - Cuidado



Ao serem questionadas sobre a necessidade de auxílio para o cuidado, muitos responderam que conseguem tomar seus remédios sozinhos, devido a ser uma atividade simples e serem acostumados, sendo que também o fazem sob supervisão e com auxílio dos pais.

Profissionais como enfermeiros, fisioterapeutas e médicos, surgiram como os mais citados pelos participantes, atuando durante diversas etapas da doença, como por exemplo, quando vão a clínicas para acompanhamento e no hospital quando precisam ser internados.

Destaca-se o papel do enfermeiro como educador em saúde, através da fala de Ariel, uma adolescente que precisou aprender a passar sonda vesical pois é portadora de bexiga neurogênica. Porém, Frozen de nove anos, que possui o mesmo diagnóstico, ainda não conseguiu, pois segundo ela, sua limitação é ter vergonha de pedir ao profissional.

Ainda sobre o tema, Barbie cita que sempre que surge uma necessidade especial, sua mãe é orientada e aprende a fazê-la, já que é sua cuidadora principal.

DISCUSSÃO

Os achados deste estudo demonstraram que, assim como no estudo de Abreu *et al.*

(2015), a partir do diagnóstico de uma condição crônica de saúde, a vida das crianças e adolescentes, assim como de suas famílias, passa por transformações acrescidas às vivências da doença e do seu tratamento, o que acarreta um percurso longo, repleto de dificuldades e de sentimentos representados pela angústia, sofrimento e incerteza.

De acordo com Leite *et al.* (2019), que analisou o discurso de crianças em seguimento ambulatorial, identificou-se que alguns dos participantes demonstraram ter bastante conhecimento sobre a doença e os motivos pelo qual estavam hospitalizados, mas em contrapartida, outros desconheciam seu diagnóstico. Os autores descobriram, a partir dos depoimentos das próprias crianças, que elas conseguiam relatar sobre a descoberta do diagnóstico, quando estes foram realizados aos poucos meses de vida, ao passo que tiveram curiosidade em compreender melhor sua condição através dos pais. Além disso, ainda foram demonstradas noções suficientes sobre o tratamento prolongado da doença crônica, discorrendo sobre o uso de medicamentos e dispositivos médicos, inclusive utilizando termos técnicos próprios da área da saúde.

Cabe considerar que o adoecimento não compromete somente a criança, mas também sua família, que vivencia sentimentos intensos atrelados ao enfrentamento do diagnóstico, pois este tende a causar desgaste físico e psicológico em todos os envolvidos. Neste sentido, ocorre uma reestruturação da organização familiar, que irá envolver estratégias de enfrentamento da doença e suas sequelas, uma vez que, passam a ter necessidade especiais para lidar com o problema (MALTA; SILVA, 2013; SALVADOR *et al.*, 2015).

Estudo colombiano de Ramírez-Perdomo e Solano-Ruíz (2018) realizado com pacientes portadores de doença renal crônica transplantados, retratou que o apoio familiar confere sentimento de proteção e amparo, sendo a intervenção da família um auxílio para o enfrentamento na fase da doença, facilitando a adaptação. Os participantes do estudo citado, reconheceram que a doença é um processo que não é vivido de forma isolada, pois envolve todos os membros da família, já que esta participa econômica e emocionalmente do cuidado, até mesmo em relação a nutrição, ou seja, é indispensável para que a pessoa possa superar a doença.

Ainda em relação ao apoio familiar, identificou-se entre os participantes deste estudo que a mãe é a cuidadora principal na maioria dos casos, exercendo as atividades que vão desde a administração de medicamentos, realização de procedimentos, até mesmo acompanhamento nas consultas e internações hospitalares. Esta situação coincide com o que apresenta Barros *et al.* (2017), em seu estudo realizado com cuidadores de crianças com Síndrome de Down, o qual evidenciou a figura feminina como predominante.

Fonseca e Penna (2008), já referiam que apesar da situação de adoecimento crônico afetar todos os entes, o cuidado tende a se direcionar a uma única pessoa, que é o cuidador principal, o qual se torna responsável por auxiliar o paciente em sua rotina, desempenhando diversas funções relacionadas ao problema de saúde.

Diante de uma situação de adoecimento demais ajudas também são necessárias, e por isso deve ser levada em consideração a rede de apoio social com a qual a família conta para prestar os cuidados a criança, que é constituída pelo grupo de pessoas que possuem vínculos com o indivíduo, tais como vizinhança, colegas de trabalho e amigos (MOTTA; ISSI; RIBEIRO, 2009; BITTENCOURT *et al.*, 2011).

Nessa perspectiva, o ato de incluir a criança com doença crônica no seu próprio cuidado é reconhecido como uma estratégia utilizada pela família, uma vez que, o conhecimento que a mesma possui acerca do seu problema, assim como dos recursos para o autocuidado, oferece subsídios para a continuidade da terapêutica de maneira adequada, inclusive podendo prevenir recidivas da doença (SOUSA *et al.*, 2012), assim como acontece na rotina dos participantes deste estudo, que relatam desempenhar as funções relacionadas a doença sozinhos ou com auxílio dos pais, sendo na maioria das vezes orientados previamente por profissionais da saúde, como para procedimentos especiais por exemplo.

Percebeu-se através das falas, que o domicílio é o local onde de fato ocorre esse cuidado, entretanto ainda há um déficit no meio escolar, quando compara-se com os estudos de Moore *et al.* (2013) e Johnson *et al.* (2015), que referem que os espaços familiar e escolar são indicados como os principais para ser realizado o apoio do autocuidado com a criança, e os adolescentes, através da influência pelos pares e meios eletrônicos, têm maior possibilidade de expansão dos cuidados e educação em saúde.

A literatura evidencia que esse estímulo ao autocuidado é fundamental para o sucesso do tratamento, devendo envolver estratégias que visam melhorar o estilo de vida e adesão terapêutica, sendo que não pode ser restrito apenas à prescrição profissional, ou seja, deve ser embasado no autocuidado apoiado, que se dá através da relação entre a equipe de saúde e o usuário (BRASIL, 2013).

Entretanto, em crianças e adolescentes com doença crônica, o ato de aplicar o autocuidado apoiado, envolve a compreensão de que a capacidade para tal manejo evolui de forma gradativa com o indivíduo adoecido, relacionando-se ao desenvolvimento de competências e habilidades para a gestão de cuidados. Para efetividade destas ações, é importante que família, profissionais de saúde e o meio escolar se comprometam a oferecer o suporte necessário para estabelecer tais responsabilidades (FERNANDES *et al.*, 2017), como no caso da criança que encontra como limitação a timidez, apesar de ter o desejo de aprender sobre uma necessidade especial.

Ao assumir um papel ativo no seu próprio processo saúde-doença, os indivíduos portadores de doença crônica buscam a adequada adaptação à condição e melhoria de sua qualidade de vida, além de colaborar para a redução de hospitalizações recorrentes e toda má experiência que esses eventos podem causar (NOVAIS *et al.*, 2009), haja vista a necessidade constante e tempo de internações hospitalares citadas.

Apesar de terem sido citados outros profissionais como fisioterapeutas e médicos, os enfermeiros apresentam-se em destaque quando o assunto é educação em saúde. Estes resultados colaboram com o estudo de Moreira *et al.* (2016), o qual afirma que o enfermeiro em especial deve encorajar as práticas de autocuidado, uma vez que é o responsável direto pelo cuidado, pois lida frente ao acompanhamento da doença.

Através da assistência de enfermagem é possível construir uma rede de apoio com a criança adoecida e sua família, ao passo que fornece informações sobre a doença, auxilia no tratamento adequado, a fim de prevenir complicações a longo prazo (DUTRA; WERNECK; GOMES, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio desse estudo, fundamentado no discurso das crianças e adolescentes, foram identificados os sentimentos relacionados à doença crônica, que tendem a se moldar desde o processo de descoberta, assim como, foi possível ter uma descrição de como é viver e com a doença na realização das atividades da vida quotidiana. Além disso, obteve-se um desenho da rede de apoio no suporte de cuidado e identificou-se as estratégias de estímulo das práticas de autocuidado. Grandes implicações foram reveladas a partir dos discursos, haja vista a fragilidade e vulnerabilidade dos participantes.

Na perspectiva familiar, faz-se necessário também a implementação de medidas de auxílio efetivas para as famílias destas crianças e adolescentes, as quais deverão envolver principalmente aspectos socioeconômicos, visto que é um dos mais afetados em ocasião do adoecimento, além daqueles de cunho psicológico.

Diante do que foi revelado, considera-se como diferencial para a rede de atenção à saúde, conhecer mais profundamente os efeitos da doença crônica na vida de sua clientela, uma vez que, permite que assistência seja planejada e empregada contemplando a singularidade de cada sujeito, especialmente por tratar-se desta faixa etária, garantindo a saúde durante seu crescimento e desenvolvimento.

Acerca das limitações encontradas no estudo, foi identificada a falta de um espaço mais oportuno que condissesse com a proposta da metodologia escolhida, para evitar interferência de outros pares na coleta de dados.

Sugere-se para estudos futuros a investigação mais aprofundada das experiências destas famílias acerca das implicações sociais que vivenciam não somente nas instituições de saúde; as barreiras existentes para o autocuidado; e o envolvimento da equipe multiprofissional e gestão da rede de atenção à saúde no manejo de tais problemas.

REFERÊNCIAS

ABREU, I.S.; *et al.* Crianças e adolescentes com insuficiência renal em hemodiálise: percepção dos profissionais. **Rev Bras Enferm**, v. 68, n. 6, pp. 712-8, 2015.

AMADOR, D.D.; *et al.* A força da informação sobre retinoblastoma para a família da criança. **Acta Paul Enferm.**, v. 31, n.1, p. 87-94, 2018.

BARROS, A.L.O.; *et al.* Sobrecarga dos cuidadores de crianças e adolescentes com Síndrome de Down. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 22, n.11, pp. 3625-34 2017.

BITTENCOURT, Z.Z.L.C.; *et al.* Surdez, redes sociais e proteção social. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 16, n. Supl. 1, p. 769-76, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CORRÊA, A.R.; *et al.* As práticas do Cuidado Centrado na Família na perspectiva do enfermeiro da Unidade Neonatal. **Esc Anna Nery**, v. 19, n. 4, p. 629-34, 2015.

DUTRA, H.S.; WERNECK, L.M.F; GOMES, A.L. Crianças com diabetes: percepções maternas. **Rev Enferm UFJF**, v. 1, n. 2, p. 195-203, 2015.

FERNANDES, L.T.B.; *et al.* Autocuidado apoiado a crianças e adolescentes com doenças crônicas e suas famílias. **Rev Bras Enferm**, v. 70, n. 6, p.1389-400, 2017.

FONSECA, N.R.; PENNA, A.F. Perfil do cuidador familiar do paciente com sequela de acidente vascular encefálico. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p.1175-80, 2008.

FONTANELLA, B.J.B.; *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 389-94, 2011.

JOHNSON, K.R. Distressed and looking for help: internet intervention support for arthritis selfmanagement. **J Adolesc Health**, v. 56, n. 6, p. 666-71, 2015.

LEITE, A.C.A.B.; *et al.* Crianças em seguimento ambulatorial: perspectivas do atendimento evidenciadas por entrevista com fantoche. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 40, 2019.

MALTA, D.C.; SILVA JUNIOR, J.B. O Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 22, n. 1, p. 151-64, 2013.

MEIHY, J.C.S.B. **Manual de história oral**. 5ª ed. São Paulo: Loyola, 2005.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MOORE, S.M.; *et al.* Adolescents with type 1 Diabetes: parental perceptions of child health and family functioning and their relationship to adolescent metabolic control. **Health Qual Life Outcomes**, v. 11, n. 50, 2013.

MOREIRA, T.R.; *et al.* Dificuldades de crianças e adolescentes com Diabetes Mellitus tipo 1 acerca da doença. **Rev Rene**, v. 17, n. 5, p. 651-8, 2016.

MOTTA, M. G. C.; ISSI, H. B.; RIBEIRO, N.R.R. Grupos como estratégia de ensino e cuidado de família, criança e adolescente com doença crônica. **Cienc. Cuid. Saúde**, v. 8 (supl), pp. 155-61, 2009.

NÓBREGA, V.M.; *et al.* Doença crônica na infância e adolescência: continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 51, p. 1-8, 2017.

NOVAIS, E.; *et al.* O saber da pessoa com doença crônica no autocuidado. **Rev HCPA**, v. 29, n.1, p. 36-44, 2009.

RAMÍREZ-PERDOMO, C.A.; SOLANO-RUÍZ, M. C. A construção social da experiência de viver com uma doença renal crônica. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 26, 2018.

RODRIGUES, P.F.; *et al.* Interação entre equipe de enfermagem e família na percepção dos familiares de crianças com doenças crônicas. **Esc Anna Nery**, v.17, n. 4, p. 781-787, 2013.

SALVADOR, M.S.; *et al.* Estratégias de famílias no cuidado a crianças portadoras de doenças crônicas. **Texto Contexto – Enferm**, v. 24, n. 3, p. 662-9, 2015.

SOUSA, M.L.X.F.; *et al.* Déficit de autocuidado em crianças e adolescentes com doença renal crônica. **Texto Contexto – Enferm**, v.21, n.1, p. 95-102, 2012.

VASQUES, R.C.Y.; *et al.* Dando voz às crianças: considerações sobre a entrevista qualitativa em pediatria. **Rev Min Enferm**, v. 18, n.4, p. 1016-20, 2014.