

CUIDADO DE ENFERMAGEM

ORGANIZADORA
HELENA PORTES SAVA DE FARIAS


epi|aya
Editora

Helena Portes Sava de Farias

Organizadora

CUIDADO DE ENFERMAGEM

1ª Edição



Rio de Janeiro – RJ
2020

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

C966 Cuidado de enfermagem [recurso eletrônico]/ Organizadora
Helena Portes Sava de Farias. – Rio de Janeiro,RJ: Epitaya, 2020.
107 p.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-87809-08-3

1. Cuidados de enfermagem – Planejamento. 2. Enfermagem –
Prática. I. Farias, Helena Portes Sava de.

CDD 610.73

Elaborado por Maurício Amormino Júnior –CRB6/2422

Epitaya Propriedade Intelectual Editora Ltda
Rio de Janeiro / RJ
contato@epitaya.com.br
<http://www.epitaya.com.br>


epitaya
Editora

Helena Portes Sava de Farias

Organizadora

CUIDADO DE ENFERMAGEM



Rio de Janeiro – RJ

2020

Epitaya Propriedade Intelectual Editora Ltda
1º Edição - Copyright © 2020 dos autores

Direitos de Edição Reservados à Epitaya Propriedade Intelectual Editora Ltda.

Nenhuma parte desta obra poderá ser utilizada indevidamente, sem estar de acordo com a Lei nº 9.610/98.
Todo o conteúdo, assim como as possíveis correções necessárias dos artigos é de responsabilidade de seus autores.

CONSELHO EDITORIAL

EDITOR RESPONSÁVEL	Bruno Matos de Farias
ASSESSORIA EDITORIAL	Helena Portes Sava de Farias
MARKETING / DESIGN	Gercton Bernardo Coitinho
DIAGRAMAÇÃO / CAPA	Bruno Matos de Farias
REVISÃO	Autores

CONSELHO EDITORIAL

COMITÊ CIENTÍFICO	Profa. Kátia Eliane Santos Avelar
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE	Profa. Fabiana Ferreira Koopmans
	Profa. Maria Lelita Xavier
	Profa. Eluana Borges Leitão de Figueiredo
	Profa. Maria Regina da Silva Pinheiro
	Profa. Cleide Gonçalo Rufino
	Profa. Roberta Kele Ribeiro Ferreira
	Prof. Thiago de Freitas França
	Prof. Daniel da Silva Granadeiro

PREFÁCIO

Cuidado de enfermagem na presente obra, faz um caminho por quem cuida, por quem é cuidado e como um diferencial uma por quem exerce a docência formando enfermeiros. É instigante rever estudos sobre o cuidado de enfermagem em 2020, onde Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) celebram em 2020 o ano internacional de profissionais de enfermagem.

Há diversas teorias que fundamentam o cuidado de enfermagem desde seu surgimento na era da enfermagem moderna, e a compreensão foi construída por diversas dimensões como: teóricas, históricas, filosóficas, éticas, políticas e assistências. Fazendo dessa profissão uma ciência aplicada, e sendo permeada no ensino, pesquisa e assistência.

A formação de um enfermeiro é complexa, faço tal afirmação com muita segurança pois conhecer, o que é o ser humano e permear onde habita, exige conhecimentos de saberes, como as biológicas, as humanas, as sociais e exatas. Fazendo do curso de graduação de enfermagem, um processo de construção das mais belas profissões, já afirmada por Florence Nightingale.

O livro está construído em dez capítulos, e com eles faremos reflexões importantes aos que estão se formando e aos que já exercem, pois fizemos um juramento no final do curso, quando as escolas de enfermagem nos devolvem a sociedade após 5 anos de formação.

É necessário ter domínios de recursos epidemiológicos de todo território nacional, para assim ser estabelecidas estratégias para promover a saúde, como conhecendo as taxas de mortalidades por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), respeitando a territorialidade pelas regiões brasileiras, tão logo é emergente discutirmos estimativa de vida com tantas variáveis a vida humana.

E como podemos atuar? Um dos principais caminhos são pelas construções, manutenções e ampliações das políticas públicas, que vão garantir o direito constitucional de todos terem acesso a saúde. O enfermeiro sempre foi protagonista nesse processo em todas as linhas de cuidados que existem e precisarão surgir, pois a dinâmica social é influenciada por diversos fatores, e o profissional enfermeiro, tem que ter uma análise não ingênua, para não a saúde pública não seja prejudicada.

Um dos trabalhos na presente obra, é sobre Associação Brasileira de Enfermagem como caminho para a valorização da profissão. Temática essencial, pois a construção de uma identidade profissional é feita pela história, e será através dela que todos os profissionais de enfermagem poderão se relacionar socialmente, sabendo reivindicar nossos direitos. Com profundo respeito e reconhecimento por aquelas que nos antecederam e lutaram para sermos hoje uma profissão no Brasil regularizada com lei e decreto-lei. Conhecendo as histórias de vidas das enfermeiras que participaram dessa tão nobre história que iremos refletir, sobre as articulações necessária para avançarmos mais.

A legalidade foi construída por meio de enfermeiras que tiveram uma visão política, porém o exercício profissional é regido por um código de ética que também apresenta sua caminhada evolutiva em uma abordagem “Kantiana”, e o trabalho que demonstra as comissões de éticas nas instituições de saúde, deixa isso bem nítido, como somos uma categoria com recursos para garantir o bem estar dos pacientes.

O cuidado de enfermagem, atravessa como já dito e demonstrado dimensão macro, mas agora percorrerá o micro, a interação humana é feita através da comunicação. E um trabalho mostra a necessidade de ampliarmos nossos conhecimentos, quando relata uma assistência de enfermagem ao paciente surdo, os profissionais de enfermagem sabem a

língua brasileira de sinais? Como estabelecer um vínculo? As necessidades humanas básicas estão presentes em todos tempos e cenários.

A atualidade mostra recursos tecnológicos que devem ser experimentados e validados por meio da pesquisa científica, pois estamos vivendo em uma era digital, e de uma bem estruturadas docentes, utilizando metodologia ativas com os alunos, já mostram possibilidades de atuação ao enfermeiro em um assunto que somos preparados para lidar como gerenciar conflitos, pois é inerente da interação humana, e habilidades são necessárias como a liderança e mediação.

O cuidado de enfermagem, é complexo. Contudo nós, os enfermeiros, que somos comprometidos com a vida humana em todo seu ciclo vital, cuidamos desde antes do nascimento até após morte, com o respeito ao preparar um corpo e cuidar da família em luto. É inesgotável, os objetos de estudos no que tange cuidados de enfermagem, pois estamos em constante mudança, mas não perdemos nossas bases. Refletir é sempre necessário a todos nós.

Prof. MSc. Thiago de Freitas França

Mestre em Enfermagem – EEAN/UFRJ;

Docente no Programa de Pós-Graduação Lato Sensu no Instituto Fernandes Figueira

Servidor público FIOCRUZ/IFF

Residência em Oncologia – INCA;

Especialista em Enfermagem Obstétrica – UERJ

SUMÁRIO

<i>Capítulo 1</i>	09
MORTALIDADE PREMATURA PELO CONJUNTO DAS PRINCIPAIS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NAS REGIÕES DO BRASIL	
<i>Susana Cararo Confortin; Selma Regina de Andrade; Larissa Pruner Marques; Ângela Maria Blatt Ortiga; Aline Rodrigues Barbosa; Ione Jayce Ceola Schneider</i>	
<i>Capítulo 2</i>	20
A COMUNICAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM COM O PACIENTE SURDO	
<i>Ana Carolini Brandão Cunha; Luana de Oliveira Zamboni; Leila Barroso da Silva Oliveira</i>	
<i>Capítulo 3</i>	32
A PRÁTICA PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO AOS IDOSOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	
<i>Thalyta Roberta Silva Bastos; José Flávio de Lima Castro; Brígida Maria Gonçalves de Melo Brandão; Bianca de Fátima Ramos Souza; Rebeca Coelho de Moura Angelim; Fátima Maria da Silva Abrão</i>	
<i>Capítulo 4</i>	42
ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM E O DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO DE RECRUTAMENTO	
<i>Rosana Martineli; Nádia Lisieski; Jarbas Galvão</i>	
<i>Capítulo 5</i>	49
GESTÃO DE CONFLITOS NA ENFERMAGEM: UTILIZANDO MÍDIAS DIGITAIS PARA GERAR INFORMAÇÃO SOBRE O TEMA	
<i>Fabiane Pertille; Bruna Nadaletti de Araújo; Poliana Lopes Alves; Odila Migliorini da Silva</i>	
<i>Capítulo 6</i>	59
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM COMO CAMINHO PARA VALORIZAÇÃO DA PROFISSÃO	
<i>Elton Hoeltgebaum de Almeida Correa; Janessa Carolina Dalla Cört; Ludmila Morais Calixto</i>	
<i>Capítulo 7</i>	69
RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE O USO DO INSTRUMENTO DE MEDIDA DE MANEJO FAMILIAR	
<i>Gisele Weissheimer; Verônica de Azevedo Mazza; Marcia Helena de Souza Freire; Ana Paula Dezoti; Samea Marine Pimentel Verga</i>	
<i>Capítulo 8</i>	80
COMISSÃO DE ÉTICA E O INTRODUTÓRIO DE ENFERMAGEM: CONTRIBUIÇÕES BIOÉTICAS	
<i>Nilton José Vitorio Almeida; Jacilene Santiago do Nascimento Trindade dos Santos; Larissa Coelho Barbosa; Albertina clemente de Santana</i>	

<i>Capítulo 9</i>	88
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A CRIANÇAS E GESTANTES ESTRATIFICADAS COMO ALTO RISCO: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
<i>Kelvya Fernanda Almeida Lago Lopes; Aliny de Oliveira Pedrosa; Alana Ilmara Pereira da Costa; Egislane da Silva Sales; Maráisa Pereira Sena; Natália Pereira Marinelli</i>	
<i>Capítulo 10</i>	95
DESIGN THINKING COMO METODOLOGIA INOVADORA NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	
<i>Bruna Nadaletti de Araújo; Fabiane Pertille; Daniella Regina Farinella Jora</i>	

Susana Cararo Confortin

Educação Física, Doutora em Saúde Coletiva, Pós-Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão

Selma Regina de Andrade

Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina

Larissa Pruner Marques

Enfermeira, Doutora em Saúde Coletiva, Pós-Doutoranda no Programa de Pós-Graduação de Epidemiologia em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro

Ângela Maria Blatt Ortiga

Enfermeira, Doutora em Saúde Coletiva, Professora adjunta do curso de Engenharia Sanitária, Universidade Estadual de Santa Catarina

Aline Rodrigues Barbosa

Educação Física, Doutora em Nutrição Humana Aplicada, professora associada do curso de Educação Física, Universidade Federal de Santa Catarina

Ione Jayce Ceola Schneider

Fisioterapeuta, Doutora em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina – Campus Araranguá

RESUMO

Objetivo: Verificar a variação da taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) nas Regiões do Brasil, de 2006 a 2014. **Método:** Este estudo utilizou dados secundários do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Foram incluídos os óbitos de adultos e idosos (30-39, 40-49, 50-59 e 60-69 anos) residentes nas Regiões do Brasil, com causa básica de óbito. **Resultados:** Todas as regiões do Brasil apresentaram diminuição das taxas de mortalidade prematura pelo conjunto das 4 principais DCNT. As taxas gerais reduziram, no período de 2006 a 2014, de 1,0% ao ano no Norte, 2,6% no Sudeste, e 2,7% no Sul, no Nordeste, de 2006 a 2009 e 2009 a 2014, de 2,9% e 0,7%, e no Centro-Oeste, de 2006 a 2008 e 2008 a 2014, de 5,7% e 1,9% ao ano, respectivamente. Em relação aos grupos etários, exceto para os de 60-69 anos do Nordeste (2010-2014), de 50-59 anos do Norte (2012-2014) e Centro-Oeste (2006-2008), de 30-39 anos, Nordeste (2012-2014) e Sul (2012-2014); os demais apresentaram redução significativa da taxa de mortalidade prematura. **Conclusão:** Houve tendência de redução significativa na taxa de mortalidade prematura pelo conjunto das quatro principais DCNT em todas as regiões e grupos etários.

Descritores: doenças crônicas não transmissíveis, mortalidade prematura, regiões.

INTRODUÇÃO

O conjunto das principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) é constituído por quatro condições: doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas. Em comum, essas doenças apresentam como fatores de risco o tabagismo, o abuso de álcool, a dieta não saudável, a inatividade física e os carcinógenos ambientais¹. Tais fatores de risco estão também associados à determinantes econômicos, sociais, de gênero, políticos, comportamentais e ambientais². O acometimento dessas doenças em pessoas em idade produtiva, além de produzir danos e sequelas para toda a vida, se não tratadas e acompanhadas devidamente pode levar ao óbito prematuramente.

As DCNTs são as principais causas de mortes no mundo e representaram 72,3% do total das mortes em 2016. No período de 2006 e 2016 houve aumento de 16,1% das mortes por DCNT e foram a principal causa de anos de vida perdidos (*years of life lost*), totalizando 819,4 milhões de anos de vida perdidos no ano de 2016³.

No Brasil, as DCNTs foram responsáveis por 59,6% das mortes em 1990, e 75,8% em 2015, o que representou aumento de 89,7% das mortes por estas causas no período. Dentre as DCNTs, as causas que apresentaram maior número de mortes foram as doenças cardiovasculares (17,6 milhões), seguidas das neoplasias (8,93 milhões), das doenças respiratórias crônicas (3,54 milhões) e do diabetes (3,19 milhões)³.

As DCNTs foram responsáveis por 15 das 20 principais causas relacionadas às doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas. A doença isquêmica do coração e a doenças cerebrovasculares representaram a maior⁴.

Este aumento no número de mortes por DCNT impulsionou organizações internacionais e nacionais no estabelecimento de acordos e elaboração de políticas para monitoramento e controle dessa situação de saúde, adotando o indicador da taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelos principais grupos de DCNTs como referência^{5, 6}.

Em 2013, a Organização Mundial da Saúde lançou o Plano de Ação Global para a Prevenção e Controle das DCNT 2013-2020, no qual um dos alvos é a redução de 25% da mortalidade prematura mencionada⁵. A redução da mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis é uma das metas do terceiro dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável⁶. O Brasil, na qualidade de membro da Organização das Nações Unidas, pactou o acordo para o desenvolvimento sustentável e formulou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. Entre as metas nacionais descritas nesse Plano consta a redução da taxa de mortalidade prematura por DCNT em 2% ao ano.

Considerando que o indicador de mortalidade prematura contribui para o monitoramento do impacto das políticas públicas na prevenção e no controle das DCNTs e seus fatores de risco, o objetivo desse estudo é analisar a variação da taxa de mortalidade prematura, por grupo etário (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais DCNTs nas Regiões do Brasil, no período de 2006 a 2014, considerando a meta nacional, de redução de 2% ao ano.

MÉTODO

Trata-se de estudo ecológico, com dados secundários, que utilizou a base de registro de óbitos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde como fonte de dados de mortalidade e a base de dados populacionais do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Foram incluídos os casos de óbitos de indivíduos de 30 a 69 anos, por grupo etário (30-39, 40-49, 50-59 e 60-69), residentes nas Regiões do Brasil (Norte, Nordeste, Centro-

Oeste, Sudeste, Sul), que tiveram como descrição de causa básica as DCNTs, de acordo com o capítulo XX (Códigos I00-I99, C00-C97, J30-J98 e E10-E14) da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). Foram excluídos casos com dados ignorados de sexo e idade.

Os dados referentes à população de cada Região foram obtidos dos censos de 2010 e de estimativas populacionais (2005 a 2009; 2011 e 2015).

Devido a quantidade de óbitos por causa mal definida em todas as regiões, especialmente nas Regiões Norte e Nordeste, foi inserido aos óbitos declarados pelas causas definidas (doenças do aparelho circulatório, neoplasias malignas, doenças do sistema respiratório e diabetes mellitus), os óbitos por causas mal definidas, em cada região, conforme o grupo etário, como sugerido por Oliveira et al⁷. Foi adotada a fórmula $X_c = X + M * X / (T - M)$, na qual o X é o cômputo de mortes pelas causas definidas (doenças do aparelho circulatório, neoplasias malignas(os), doenças do sistema respiratório e diabetes mellitus), M é o cômputo de mortes por causas mal definidas, T é o cômputo de mortes por todas as causas, e o Xc cômputo compensado de mortes pela causa específica. Após esse procedimento de compensação, foi realizado o ajustamento por padronização. Assim, as taxas utilizadas foram denominadas taxa de mortalidade compensada e ajustada.

Foram calculadas as taxas específicas de mortalidade por 100.000 habitantes, medida que diz respeito ao risco de ocorrência de óbito por um determinado atributo (a idade). Em seguida, foram padronizadas as taxas específicas de mortalidade de acordo com o método direto, adotando-se por padrão a população brasileira (Quadro 1).

Quadro 1. Fórmulas utilizadas para os cálculos.

	Numerador	Denominador	Constante
Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis	Número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) por DCNT em determinado ano e local.	População residente (de 30 a 69 anos), em determinado ano e local	100.000
Taxa de Mortalidade Específica pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis	Número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) por DCNT, por grupo etário	População de referência para o período, por grupo etário	100.000
Taxa Ajustada por idade	$\Sigma ((\text{Taxa específica por idade}) \times (\text{População padrão brasileira no grupo etário}))$	Σ População padrão brasileira	
Média centrada em três termos	$Y_i = Y_{i-1} + Y_i + Y_{i+1}$	3	

O cálculo das taxas padronizadas foi utilizado na análise da tendência da mortalidade por meio da estimativa de modelos de regressão. Devido à oscilação dos pontos, resultante do pequeno número de casos em determinados estratos, foi calculada a média móvel centrada em três termos para suavizar a série histórica. Por exemplo, foi calculada a média de 2005, 2006 e 2007 para se obter a média móvel de 2006 (Quadro 1).

Para o cálculo da variação anual da mortalidade, no período de 2006 a 2014, utilizou-se o *Joinpoint*, versão 4.5.0.1, programa fornecido pelo Instituto Nacional de Câncer Norte-Americano. O uso do método *Joinpoint* permite uma descrição detalhada e acurada das tendências de mortalidade, permitindo identificar mudanças ocorridas de acordo com os anos. O programa executa uma regressão linear segmentada (*Joinpoint regression*) para estimar a variação anual percentual e identificar pontos em que há modificação da

tendência. Escolheu-se o modelo que apresenta o maior número de pontos, em que se manteve a significância estatística ($p < 0,05$)⁸.

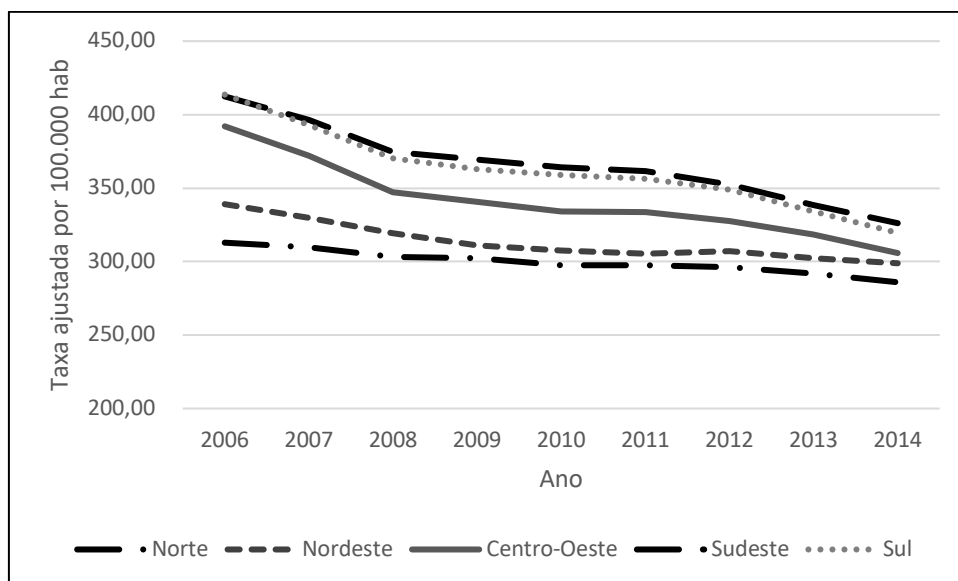
A variação anual em porcentagem (APC) e sua significância estatística, estimada pelo método dos mínimos quadrados por um modelo linear generalizado, foi calculada com base na inclinação estimada para cada segmento de reta (coeficiente de regressão). Os limites do intervalo de 95% de confiança (IC95%) foram calculados para cada segmento.

Este estudo não necessitou submissão à apreciação de Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), visto utilizar dados secundários, disponibilizados, *online*, pelo Ministério da Saúde (MS), os quais não apresentam variáveis (dados nominais) que possibilitem a identificação dos sujeitos da pesquisa, bastando apenas citar a fonte governamental.

RESULTADOS

No período estudado (2006-2014), ocorreram 2.556.755 óbitos pelo conjunto das 4 principais DCNT no Brasil entre os indivíduos de 30 a 69 anos. Esse conjunto de causas foi responsável por 5,1% dos óbitos na Região Norte, 22,4% na Região Nordeste, 6,6% na Região Centro-Oeste, 48,9% na Região Sudeste e 17,0% na Região Sul. A Figura 1 apresenta as taxas de mortalidade prematura ajustada por 100.000 mil habitantes, para os indivíduos de 30 a 69 anos, nas diferentes Regiões do país.

Figura 1. Tendência temporal da taxa de mortalidade prematura, segundo Regiões do Brasil, 2006 a 2014.



A Tabela 2 apresenta a variação anual percentual média da taxa de mortalidade prematura, por região, no período de 2006 a 2014. Observou-se redução significativa na taxa de mortalidade prematura em todas as regiões, apenas a região Norte e Nordeste não apresentaram reduções superiores a 2% no período.

As regiões Nordeste e Centro-Oeste apresentaram duas tendências distintas de variações de mortalidade, as quais apresentaram redução significativa de 2,9% ao ano (2006-2009) e 0,7% ao ano (2009-2014); e de 5,7% ao ano (2006-2008) e 1,9% ao ano (2008-2014), respectivamente (Tabela 2).

Dentre o grupo de 60 a 69 anos, todas as regiões apresentaram redução significativa no período de 2006 a 2014, acima de 2%, exceto Norte e Nordeste. A Região Nordeste apresentou duas variações, uma significativa de 2,4% ao ano, de 2006 a 2010. A Região Centro-Oeste também apresentou duas variações de mortalidade prematura (2006-2008 e

2008-2014), as quais apresentaram redução significativa de 5,8% e 2,0% ao ano em cada período respectivamente.

Para o grupo de 50-59 anos, observou-se que todas as regiões apresentaram redução significativa na taxa de mortalidade prematura acima de 2%, exceto a Norte. Foram verificadas duas variações de mortalidade para cada região, exceto Sudeste. Destaca-se a redução significativa de 5,9% ao ano na Região Sul no período de 2006 a 2008.

Para o grupo de 40-49 anos, todas as regiões apresentaram diminuição significativa das taxas de mortalidade no período estudado, e apenas a Região Nordeste não apresentou redução acima de 2%. A região Nordeste e Centro-Oeste apresentaram duas variações significativas, de 4,5% (2006-2008) e de 1,2% (2008-2014) na primeira, e de 5,3% (2006-2008) e de 1,8% (2008-2014) na segunda.

No grupo de 30-39 anos, observou-se redução significativa na taxa de mortalidade prematura em todas as regiões. Apenas a Região Centro-Oeste apresentou redução acima de 2% no período estudado. As Regiões Nordeste, Sudeste e Sul apresentaram duas variações durante o período. A região Nordeste, apresentou redução significativa da taxa de mortalidade prematura de 0,9% ao ano, no período de 2006-2012, e o outro período de estabilidade. Enquanto a região Sudeste apresentou redução significativa de 0,8% ao ano, de 2006-2011, e 1,5% ao ano de 2011-2014. A região Sul apresentou redução significativa apenas de 2006-2012, de 0,7% ao ano.

Tabela 2. Variação anual percentual média da taxa de mortalidade prematura, por região do Brasil, no período de 2006 a 2014.

	Norte		Nordeste		Centro-Oeste		Sudeste		Sul	
	Período	Variação	Período	Variação	Período	Variação	Período	Variação	Período	Variação
Geral	2006-2014	-1.0 [^] (-1.2;-0.8)	2006-2014	-1.5 [^] (-1.9;-1.2)	2006-2014	-2.9 [^] (-3.8;-1.9)	2006-2014	-2.6 [^] (-3.1;-2.1)	2006-2014	-2.7 [^] (-3.4;-2.1)
			2006-2009	-2.9 [^] (-3.9;-1.9)	2006-2008	-5.7 [^] (-10.1;-1.2)				
			2009-2014	-0.7 [^] (-1.2;-0.2)	2008-2014	-1.9 [^] (-2.8;-1.0)				
60-69	2006-2014	-0.5 [^] (-0.7;-0.2)	2006-2014	-1.0 [^] (-1.4;-0.6)	2006-2014	-3.0 [^] (-3.8;-2.1)	2006-2014	-2.5 [^] (-2.9;-2.0)	2006-2014	-2.9 [^] (-3.6;-2.2)
			2006-2010	-2.4 [^] (-3.1;-1.6)	2006-2008	-5.8 [^] (-9.8;-1.6)				
			2010-2014	0.4 (-0.4;1.2)	2008-2014	-2.0 [^] (-2.8;-1.2)				
50-59	2006-2014	-1.7 [^] (-2.3;-1.2)	2006-2014	-2.0 [^] (-2.5;-1.5)	2006-2014	-3.0 [^] (-4.5;-1.4)	2006-2014	-2.9 [^] (-3.7;-2.1)	2006-2014	-3.1 [^] (-4.3;-2.0)
	2006-2012	-1.4 [^] (-1.8;-0.9)	2006-2008	-3.7 [^] (-6.0;-1.2)	2006-2008	-6.5 (-13.8;1.3)			2006-2008	-5.9 [^] (-11.4;-0.1)
	2012-2014	-2.7 (-5.4;0.0)	2008-2014	-1.4 [^] (-1.9;-1.0)	2008-2014	-1.8 [^] (-3.2;-0.3)			2008-2014	-2.2 [^] (-3.3;-1.1)
40-49	2006-2014	-1.6 [^] (-1.8;-1.3)	2006-2014	-2.0 [^] (-2.5;-1.5)	2006-2014	-2.7 [^] (-3.2;-2.2)	2006-2014	-2.8 [^] (-3.0;-2.5)	2006-2014	-2.4 [^] (-2.7;-2.0)
			2006-2008	-4.5 [^] (-6.9;-2.0)	2006-2008	-5.3 [^] (-7.5;-3.0)				
			2008-2014	-1.2 [^] (-1.6;-0.7)	2008-2014	-1.8 [^] (-2.2;-1.4)				
30-39	2006-2014	-0.7 [^] (-1.0;-0.3)	2006-2014	-1.6 [^] (-2.4;-0.7)	2006-2014	-2.1 [^] (-2.5;-1.8)	2006-2014	-1.1 [^] (-1.3;-0.8)	2006-2014	-1.4 [^] (-2.1;-0.6)
			2006-2012	-0.9 [^] (-1.6;-0.2)			2006-2011	-0.8 [^] (-1.1;-0.5)	2006-2012	-0.7 [^] (-1.3;-0.1)
			2012-2014	-3.6 (-7.7;0.7)			2011-2014	-1.5 [^] (-2.2;-0.7)	2012-2014	-3.2 (-6.8;0.5)

Legenda: [^] valor de p < 0,05

DISCUSSÃO

Houve diminuição das taxas de mortalidade prematura pelo conjunto das 4 principais DCNT, em todas as regiões do Brasil, no período de estudo. A diminuição das taxas variou entre as regiões, faixas etárias e série histórica. As regiões Norte e Nordeste não alcançaram a redução de 2% ao ano da taxa de mortalidade prematura durante todo o período, e as demais regiões superaram, conforme a meta do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil, de 2011-2022. Quando investigadas as faixas etárias, a Região Norte se manteve com a menor redução da taxa de mortalidade prematura.

As diminuições nas taxas de mortalidade prematura observadas podem ser decorrentes de ações de promoção da saúde, melhoria na vigilância e monitoramento dessas doenças, incentivadas pelas metas globais mundiais^{9, 10} para o enfrentamento das DCNT. Algumas ações de promoção da saúde podem ter auxiliado na redução de fatores de risco e, conseqüentemente, da taxa de mortalidade prematura, como por exemplo, a vigência da Lei 12.546 de 2011, que proíbe o hábito de fumar em ambientes fechados ou parcialmente fechados, além da implementação de uma legislação mais rígida para limitar a comercialização de tabaco^{11, 12} e a obrigatoriedade de imagens chocantes no verso da carteira de cigarros.

Aliado do tabaco, o consumo de álcool também contribui com a mortalidade prematura. Ações e políticas públicas para o enfrentamento ao consumo nocivo do álcool, inclusive no Brasil, como a menor disponibilidade e comercialização, aumento no preço do líquido, bem como medidas mais severas para quem dirigir embriagado foram propostas e implementadas¹⁰. Estudo prévio comprova que houve redução da mortalidade (por 100 mil habitantes) por cirrose (de 11,4 para 9,5) e estabilidade por câncer hepático (1,5 e 1,9) e transtornos devidos ao uso de álcool (4,1 e 4,3), no período de 1990 e 2015¹³.

Ainda, houve a melhoria da cobertura de mamografia nas capitais brasileiras, que em 2008 era de 54% nas mulheres de 50 a 69 anos, passando para 73,4% em 2010, e atingindo 78,0% em 2013. A partir de 2014, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) também indicou novas medidas para ampliar a cobertura da mamografia. Destaca-se a melhoria da cobertura de exame de Papanicolau (rastreamento e prevenção do câncer do colo do útero) na faixa etária de 25 a 64 anos, que em 2008 era de 78,0% nas mulheres de 25 a 64 anos, aumentando para 82,2% em 2010, e chegou a 82,9% em 2013¹⁴. Os programas de rastreamento para câncer e campanhas públicas também contribuíram para o cenário descrito¹⁵.

Além dos fatores acima citados, a prática de atividade física pode contribuir para a redução da taxa de mortalidade prematura. Essa redução pode ser atribuída ao programa nacional criado em 2011 e redefinido em 2013, denominado Academia da Saúde, o que pode ter contribuído para a ampliação da prática de atividade física nos diferentes grupos etários.

Com relação ao decréscimo da mortalidade prematura em todas as regiões do Brasil, destaca-se a distribuição, pelo Sistema Único de Saúde, de medicamentos para hipertensão e diabetes, com expressivo potencial para o controle dessas doenças e a prevenção de complicações, considerando a adequada prescrição e o uso correto pelo portador. Altos níveis de acesso aos medicamentos foram identificados na população brasileira¹⁶.

Os resultados mostraram que as maiores reduções da variação anual percentual média da taxa de mortalidade prematura ocorreram nas regiões com melhores condições socioeconômicas, com maior PIB¹⁷ e IDH, contudo com piores coberturas de Equipe de Saúde Família (ESF)¹⁸.

Regiões com maiores iniquidades sociais e econômicas expressam maior necessidade de cobertura de ESF. Em 2007, a cobertura nacional por ESF era de 48,0%, em 2014, passou a 61,1%¹⁸, sendo maior nas regiões Nordeste (82,7%) e Norte (70,9%). Ainda assim, a expansão e implementação das ESF não ocorreram de forma homogênea nas regiões do Brasil. Observam-se diferentes reduções das Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária (ICSAP)¹⁹, perfil socioeconômico, epidemiológico, a própria oferta de serviços, e o cuidado primário em saúde^{19, 20}. Com relação à expansão da ESF no Brasil, estudo com base na PNS mostrou que a proporção de pessoas moradoras em domicílios cadastrados em unidade de Saúde da Família foi maior entre aqueles com menor nível de instrução, quando comparado com o maior nível, e os piores níveis de escolaridade foram na região Nordeste, o que evidencia a vulnerabilidade da região²¹.

A ampliação do acesso aos cuidados qualificados de atenção primária à saúde é uma das políticas públicas com grande potencial para contribuir com a redução da mortalidade por DCNT, mas conforme observado não é o único investimento necessário para a melhora dos indicadores²². Existem fatores contextuais, como ambiente físico construído, alimentar, econômico e social atuando também como importantes determinantes tanto das DCNT, como para a adoção de hábitos saudáveis²³.

Considerando a meta do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, 2011-2022, para as DCNT, somente a região Norte, de 2006 a 2014, não alcançou a redução de 2% da taxa de mortalidade prematura, diferente das regiões que superaram, como, Sul e Sudeste, de 2006 a 2014, Nordeste, de 2006 a 2009 e, principalmente, Centro-Oeste, de 2006 a 2008.

Quando analisadas as variações da taxa de mortalidade prematura por grupo etário, observaram-se mudanças referentes aos padrões das regiões e série histórica. Em todos os grupos etários houve decréscimo das taxas em todas as regiões do Brasil. Os grupos mais novos (30-39, 40-49) apresentaram tendência de não preocupação com a prevenção ou monitoramento das DCNT, bem como de manutenção de hábitos de vida saudáveis, apesar da possibilidade de hereditariedade, devido, especialmente, à crença de que são jovens para o desenvolvimento de uma DCNT.

Esses grupos etários se preocupam com as doenças transmissíveis. Talvez por falta de conhecimento e interesse em relação à fisiopatologia, causas e consequências das DCNT, julgam ser de pouca importância atividades de prevenção, incluindo atividade física, alimentação saudável, etc²⁴, o que pode acarretar a antecipação de sua manifestação. Estas considerações poderiam ser o motivo desse grupo não atingir a meta de redução das taxas de mortalidade em 2% ao ano, na maioria das regiões do País.

A redução da taxa de mortalidade no grupo de 50 a 59 anos pode ser explicada por maior preocupação das pessoas em relação aos cuidados de prevenção e/ou controle de DCNT, pois estão em uma etapa de vida muito próxima à principal fase de risco de ocorrência destas doenças, delimitada a partir dos 55/60 anos de idade²⁴.

Os indivíduos com 60-69 compõem o principal grupo acometido por DCNT, no qual o processo de envelhecimento tem relação direta com a incidência dessas morbidades, principalmente em países com acelerada transição demográfica, como o Brasil^{15, 22}. A população idosa destaca-se pela maior vulnerabilidade, com alta demanda por serviços e visitas domiciliares, o que visa à inclusão e a redução das iniquidades em saúde²¹.

Nesse contexto, pode-se constatar que a representação de cada idade repercute nos hábitos de vida saudáveis, e acarreta maneiras distintas de promover a saúde em cada grupo etário. Assim, com o passar dos anos, os indivíduos preocupam-se mais com os cuidados com a própria saúde²⁴.

As DCNT são preveníveis por meio de ações de baixo custo, envolvendo criação e manutenção de hábitos positivos e redução e eliminação de hábitos negativos. A grande

maioria dos indivíduos com uma ou mais dessas doenças poderiam não ser portadores dela(s), inclusive entre os idosos as DCNTs podem ser evitadas¹⁵.

Visto que quase todas as regiões já estão atingindo ou ultrapassando a meta de declínio da taxa de mortalidade prematura pelas 4 principais DCNTs, a meta nacional pode ser redefinida, como sugerido pela Organização Mundial da Saúde¹⁰.

Dentre as limitações deste estudo, considera-se que os valores expostos e avaliados podem sofrer influência em razão das informações registradas nas Declarações de Óbito. Também é preciso assinalar que há limitações quanto a qualidade dos dados do SIM. Entretanto, para minimizar o problema da qualidade da informação, foi realizada a compensação dos óbitos pelas causas mal definidas. Apesar dessas limitações, compreende-se que os resultados e a análise realizada apresentam importante contribuição para o conhecimento da situação de saúde da população e a vigilância em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados permitiram verificar que a tendência da taxa de mortalidade prematura pelo conjunto das 4 principais DCNT reduziu em todas as regiões do Brasil, no período de 2006 a 2014. Pôde-se averiguar que a meta de redução da taxa de mortalidade prematura, de 2% ao ano, foi superada em quase todas as regiões, em algum período, contudo, não de se manter alertas autoridades, gestores e a sociedade para este problema de saúde pública.

As DCNT contêm distintas facetas relativas aos condicionantes, causas e determinantes socioculturais e biológicos. Requerem vigilância e implementação de medidas constantes, em vários setores sociais e da saúde, para que as taxas de mortalidade prematura pelas 4 principais DCNT mantenham a tendência de declínio. Para o enfrentamento das DCNT, é preciso que os gestores desenvolvam ações de saúde fundamentadas em redes de corresponsabilização entre sujeitos e coletividades, pela defesa e promoção de melhores condições de vida e saúde da população.

O Brasil já assumiu novos desafios incluindo a promoção de alimentação saudável; enfrentamento à obesidade, em particular à obesidade infantil; promoção de atividade física; rotulagem nutricional; a reformulação de alimentos. Mas, ainda se faz necessário reconhecer que os determinantes das DCNT extrapolam os fatores individuais, e envolvem o ambiente físico e construído, econômico e social, no qual o indivíduo e família estão inseridos no contexto do seu território.

CONTRIBUIÇÕES OU IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

A vigilância das taxas de mortalidade prematura é uma ferramenta importante para planejar ações de cuidado aos usuários portadores de DCNT e suas condições de saúde. Acompanhar os dados de mortalidade permite ao enfermeiro a realização do planejamento das ações e das práticas de cuidar, necessárias à realidade populacional, considerando tanto a realidade local, como o contexto regional.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [04 Abr 2020]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf.
2. World Health Organization. Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Guidelines for Primary Health Care in Low Resource Settings Geneva; 2012 [cited 27 May 2020]. Available from: <http://www.who.int/publications/guidelines/en/>.
3. Naghavi M, Abajobir AA, Abbafati C, Abbas KM, Abd-Allah F, Abera SF, et al. Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*. 2016;390(10100):1151 - 210.
4. Malta DC, Franca E, Abreu DMX, Perillo RD, Salmen MC, Teixeira RA, et al. Mortality due to noncommunicable diseases in Brazil, 1990 to 2015, according to estimates from the Global Burden of Disease study. *Sao Paulo Medical Journal*. 2017 May-Jun;135(3):213-21.
5. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable disease 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2013 [cited 27 May 2020]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf.
6. Organização das Nações Unidas no Brasil. Objetivo 3. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades; 2018. [cited 27 May 2020]. Available from: <https://nacoesunidas.org/pos2015/ods3/>
7. Oliveira GMM, Silva NASE, Klein CH. Mortalidade compensada por doenças cardiovasculares no período de 1980 a 1999 - Brasil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2005;85:305-13.
8. Kim HJ, Fay MP, Feuer EJ, Midthune DN. Permutation tests for joinpoint regression with applications to cancer rates. *Statistics in Medicine*. 2000;19(3):335-51.
9. House W. Follow-up to the Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases Geneva; 2013 [cited 20 Apr 2020]. Available from: https://www.who.int/nmh/events/2013/2nd_GCM_Member_State_UK.pdf.
10. World Health Organization. Global Status Report on noncommunicable diseases 2014 Geneva; 2014 [cited 28 Apr 2020]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf?sequence=1.
11. Sacco RL, Roth GA, Reddy KS, Arnett DK, Bonita R, Gaziano TA, et al. The Heart of 25 by 25: Achieving the Goal of Reducing Global and Regional Premature Deaths From Cardiovascular Diseases and Stroke. *Circulation*. 2016;133(23):674-90.

12. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *European Heart Journal*. 2016;37(29):2315-81.
13. Melo APS, França EB, Malta DC, Garcia LP, Mooney M, Naghavi M. Mortalidade por cirrose, câncer hepático e transtornos devidos ao uso de álcool: Carga Global de Doenças no Brasil, 1990 e 2015. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2017;20:61-74.
14. Malta DC, Silva Jr. JB. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil após três anos de implantação, 2011-2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2014;23:389-95.
15. Silva JVF, Silva EC, Rodrigues APRA, Miyazawa AP. A relação entre o envelhecimento populacional e as doenças crônicas não transmissíveis: sério desafio de saúde pública. *Ciências Biológicas e da Saúde*. 2015;2(3):91-100.
16. Álvares J, Alves MCGP, Escuder MML, Almeida AM, Izidoro JB, Junior AAG, et al. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos: métodos. *Revista de Saúde Pública*. 2017;51(2):1-9.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas Econômicas Brasília: IBGE; 2016 [cited 04 Abr 2020]. Available from: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/9460-contas-regionais-2014-cinco-estados-responderam-por-quase-dois-tercos-do-pib-do-pais>.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cobertura da Atenção Básica. Informação e gestão da atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [cited 17 May 2020]. Available from: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>.
19. Pereira FJR, Silva CC, Lima Neto EdA. Condições Sensíveis à Atenção Primária: uma revisão descritiva dos resultados da produção acadêmica brasileira. *Saúde em Debate*. 2014;38:331-42.
20. Alves MGM, Casotti E, Oliveira LGD, Machado MTC, Almeida PF, Corvino MPF, et al. Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Saúde em Debate*. 2014;38:34-51.
21. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JEB, Melo EA, Reis AAC. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016;21:327-38.
22. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet* (London, England). 2011;377(9781):1949-61.

23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Relatório do III Fórum de Monitoramento do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil Brasília: Ministério da Saúde 2018 [cited 25 Jun 2020]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_iii_forum_monitoramento_plano.pdf.
24. Máximo EAL, Souza HNF, Freitas MIF. Chronic non-communicable diseases, risk and health promotion: social construction of Vigitel participants. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015;20:679-88.

Ana Carolini Brandão Cunha

Enfermeira - Centro Universitário Fundação De Ensino Octávio Bastos – Unifeob

Luana de Oliveira Zamboni

Enfermeira - Centro Universitário Fundação De Ensino Octávio Bastos – Unifeob

Leila Barroso da Silva Oliveira

Docente e Enfermeira Especialista; Especialização em Enfermagem do Trabalho (2006);

Especialização em Educação Profissional na Área de Saúde Enfermagem 12/01/2004;

Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de

Profissionais de Saúde 21/12/2007; Especialização em Docência do Ensino Superior;

Especialização em ciências forenses - Centro Universitário Fundação de

Ensino Octávio Bastos – Unifeob

RESUMO

Introdução: No cenário hospitalar a comunicação proporciona um cuidado íntegro ao paciente permitindo a este suprir suas necessidades na busca de soluções criando um vínculo paciente/equipe, no intuito de diminuir a despersonalização vivenciada no ambiente hospitalar e assim observar o paciente como um todo, prestando assistência integral e holística. Quando os profissionais de enfermagem, se deparam com um atendimento a uma pessoa surda, surgem muitas dificuldades na comunicação pelo fato de não estarem preparados e capacitados para esse atendimento. Para os profissionais da saúde uma comunicação bem-sucedida com seus pacientes promove um melhor atendimento a esses usuários. Desse modo a capacitação dos profissionais da saúde para o atendimento aos pacientes surdos é uma necessidade imediata. **Objetivo:** Esse trabalho procurou identificar as dificuldades entre a comunicação do profissional de enfermagem com o paciente surdo. **Metodologia:** O presente estudo trata-se de uma revisão narrativa da literatura no período de 2002 até 2017. **Conclusão:** Evidenciou as principais dificuldades que os profissionais de enfermagem encontram na comunicação e na interação com o paciente surdo, devido à falta de capacitação e ao desconhecimento sobre a Língua Brasileira de Sinais, e também a importância desses profissionais se capacitarem para um atendimento de qualidade e integrativo.

Descritores: comunicação; equipe de enfermagem; surdez; libras.

INTRODUÇÃO

A comunicação é essencial para a integração dos indivíduos, é através dela que conseguimos nos relacionar com as outras pessoas. No âmbito hospitalar, a comunicação é uma ferramenta imprescindível para o vínculo entre o profissional e o paciente, pois é por meio dela que conseguimos prestar um atendimento qualificado. ¹

Para que essa comunicação seja compreendida de maneira eficaz, ela pode ser realizada de duas maneiras, através da linguagem verbal que é transmitida por meio de

palavras escritas ou falada, e a linguagem não verbal que é por meio de expressões corporais, imagens, músicas, placas e gestos. Ambas sendo de forma clara e completa. ²

Na área da saúde, quando os profissionais de enfermagem, se deparam com um atendimento à uma pessoa surda, surge muitas dificuldades na comunicação pelo fato de não estarem preparados e capacitados para esse atendimento. Isso pode ocasionar uma falha e um comprometimento no cuidado com o paciente. ^{1,3}

Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do ano de 2010, existem 45,6 milhões de pessoas com alguma deficiência, como dificuldades em se locomover, enxergar, ouvir, deficiência física e mental no Brasil. Desse total, 5,1% configuram-se pessoas com algum grau de deficiência auditiva, mais especificamente 7.574.797 pessoas. ^{4,5}

A deficiência auditiva pode ser dividida em 4 classes quanto sua intensidade. Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), ela é classificada pelo limiar de audição da pessoa. Podendo ser: Leve (26 – 40 dBNA), moderada (41 – 60 dBNA), severa (61 – 80 dBNA) ou profunda (+ 80 dBNA). ⁶

Quanto as causas, ela pode ser classificada como adquirida, que é desencadeada por dificuldades no parto, como anóxia, prematuridade, sofrimento fetal, fórceps e infecção hospitalar, também como sarampo, caxumba, meningite, traumatismo craniano e exposição a ruídos e sons altos. E também como congênita, que pode ser por hereditariedade, rubéola, sarampo, sífilis, toxoplasmose, uso de drogas e álcool na gravidez, entre outras. ⁷ Apenas uma parcela dessa população utiliza como ferramenta de comunicação a Linguagem Brasileira de Sinais (LIBRAS), que são as pessoas classificadas com deficiência auditiva severa ou profunda, ou seja, pessoas surdas. Pois elas não conseguem se comunicar de outra forma, a não ser pela LIBRAS.

A Linguagem Brasileira de Sinais é reconhecida como meio legal de comunicação e expressão pela lei nº 10.436/02. Sua utilização é extremamente necessária para a inclusão do indivíduo surdo na sociedade, sendo de grande importância em todas as instituições, entre elas, nas instituições de saúde. ^{8,9}

Diante deste contexto, este trabalho tem por objetivos identificar as dificuldades entre a comunicação do profissional de enfermagem com o paciente surdo, enfatizar a importância do enfermeiro em saber a linguagem de sinais, relatar as dificuldades que o profissional encontra no atendimento a esses pacientes e a importância da inclusão e de um atendimento humanizado ao paciente surdo.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de revisão narrativa da literatura. Foram estabelecidos como critérios de inclusão: artigos publicados entre 2002 a 2017, publicados no idioma Português do Brasil, artigos na íntegra, e artigos que abordem diretamente o tema proposto. Os critérios de exclusão foram: artigos publicados fora do período estipulado, artigos publicados em idiomas diferentes, artigos que não estivessem na íntegra e artigos que não abordavam de forma concreta o tema da revisão bibliográfica. Para a coleta de dados foram utilizadas as plataformas de dados Scielo, LILACs, Biblioteca Virtual da USP, artigos acadêmicos buscados no Google Acadêmico, Biblioteca do Campus II da UNIFEOB, além das fontes, consultamos leis e manuais. Os descritores utilizados para cruzamento dos dados foram: surdez, enfermagem, surdo, libras, comunicação.

REVISÃO DE LITERATURA

Comunicação

A comunicação é pertinente ao comportamento humano e engloba suas ações no funcionamento de todas suas funções. Ela pode ser compreendida como um meio de troca de mensagens entre as pessoas afim de estabelecer e partilhar ideias e pensamentos.¹⁰ Podemos dividi-la em dois grupos: o verbal e o não verbal. O verbal corresponde a linguagem articulada, que é constituída por palavras escritas ou faladas. E o não-verbal, que utiliza de imagens sensoriais, sendo elas visuais, auditivas, cenestésicas, olfativas e gustativas.¹¹

Em vista disso, a comunicação é primordial na vida das pessoas, pois é através dela que ocorre a interação e interpretação dos fatos vivenciados, suprimindo nossas necessidades como seres de relação.

No cenário hospitalar a comunicação proporciona um cuidado integro ao paciente permitindo a este suprir suas necessidades na busca de soluções criando um vínculo paciente/equipe, no intuito de diminuir a despersonalização vivenciada no ambiente hospitalar e assim observar o paciente como um todo, prestando assistência integral e holística.¹⁰

Assim sendo, fica evidente a importância dos profissionais se capacitarem para o atendimento ao paciente surdo, que por sua deficiência tem grandes dificuldades na comunicação e interação com os profissionais de enfermagem, ocasionado uma falha no atendimento prestado.

Surdez

No decorrer da história devido às suas grandes limitações e dificuldades, o surdo tem encontrado uma barreira para desenvolver sua comunicação. Ao final do ensino básico, pela sua série de limitações, os surdos não conseguiam desenvolver uma leitura e escrita adequada, conseqüentemente não tinham uma comunicação eficaz. A educação dos surdos tinha por finalidade desenvolver pensamentos e adquirir conhecimentos nos mesmos, a fim de estabelecer uma comunicação com as pessoas ouvintes, e estimular um desenvolvimento de suas capacidades.¹²

Antigamente, na idade média, presumiam que os surdos não eram aptos a aprender, apenas no início do século XVI começaram a acreditar que esses indivíduos pudessem ter um aprendizado pedagógico. Mas, apesar disso, apenas as famílias ricas que tinham uma condição melhor, podiam contratar professores para ensinar a língua escrita para seus filhos surdos. Os professores, por sua vez, ensinavam os surdos através de alfabetos digitais que eles mesmos inventavam e também através da leitura-escrita, assim, desenvolviam diferentes técnicas para detectar outras habilidades em seus alunos, como a articulação das palavras e a leitura labial.¹²

No Brasil, houve décadas em que as famílias mantinham seus filhos surdos escondidos, pois acreditavam que eles não eram normais diante os padrões da sociedade. Não havia um diálogo entre os familiares, pois eles não sabiam se comunicar adequadamente. Com isso, os surdos se sentiam isolados e privados de comunicação, esse fato, os deixavam nervosos e com o humor alterado. Devido está barreira na comunicação, desenvolviam problemas sociais, emocionais e intelectuais, os quais afetaram a integração destes na sociedade, a qual era bastante preconceituosa com esses indivíduos, isso dificultou ainda mais a construção da identidade e cultura surda brasileira.¹³

Na atualidade, com as novas mudanças, os surdos foram incluídos na sociedade e na política educacional, em relação a sua cultura e linguagem. Hoje em dia a Língua

Brasileira de Sinais é reconhecida pela Lei nº10.436 de 24 de abril de 2002 e Decreto nº5.626 de 22 de dezembro de 2005, os quais garantem os direitos dos surdos. ¹³

A surdez é caracterizada pela dificuldade e incapacidade de ouvir, vários fatores podem influenciar antes, durante ou após o nascimento para que isso aconteça. Essa deficiência pode variar entre grau leve ou profundo, fazendo com que o indivíduo não consiga ouvir sons mais fracos até os mais fortes, e por consequência nenhum tipo de som. Conforme dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) 10% da população mundial possuem algum problema de audição. ¹⁴

Na maioria dos casos, a surdez é transmitida no período da gravidez, por agravos na saúde da mãe, como má nutrição, diabetes ou por infecções que ocorram na gestação como sarampo e rubéola, também por ingestão de álcool e drogas. ⁷

A audição é fundamental para o desenvolvimento da linguagem oral, para interação das pessoas e também com o meio ambiente, é através dela que conseguimos processar informações sonoras, sendo estas, sons de palavras ou ruídos. ¹⁵

O ouvido tem por finalidade receber as vibrações (sons) e converte-las em impulsos nervosos (sinais elétricos) que serão conduzidos ao cérebro, gerando as sensações sonoras. ¹⁶

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), a classificação da perda auditiva se dá de acordo com o limiar de audição, sendo: leve (26 - 40 dBNA) pode ouvir e repetir palavras em volume normal a um metro de distância, moderada (41 - 60 dBNA) capacidade de ouvir e repetir palavras em volume elevado a um metro de distância, severa (61 - 80 dBNA) ouve palavras em voz gritada próximo a orelha e profundo (>81dBNA) não tem capacidade de ouvir e entender mesmo em voz gritada na melhor orelha. ¹⁷

A privação auditiva afeta a interpretação de sons da fala e provoca desvantagens econômicas e educacionais para o indivíduo. Diante disso, essa deficiência é apontada como incapacitante, devido suas consequências na comunicação, na falha que causa na linguagem oral e escrita e no desenvolvimento cognitivo e psicossocial. ¹⁸

Língua Brasileira de Sinais – LIBRAS

A Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS), foi oficialmente reconhecida no Brasil em 2002, através da Lei nº 10.436. Ela refere-se a um sistema linguístico utilizado pela comunidade surda brasileira, de modalidade visual-espacial. ^{8,19}

Art. 1º É reconhecida como meio legal de comunicação e expressão a Língua Brasileira de Sinais - Libras e outros recursos de expressão a ela associados.

Parágrafo único. Entende-se como Língua Brasileira de Sinais - Libras a forma de comunicação e expressão, em que o sistema linguístico de natureza visual-motora, com estrutura gramatical própria, constitui um sistema linguístico de transmissão de ideias e fatos, oriundos de comunidades de pessoas surdas do Brasil.

A LIBRAS não é caracterizada como uma linguagem universal, cada país tem sua própria língua de sinais. Essa forma de se comunicar contém uma organização gramatical própria utilizada pelos surdos e não se trata apenas de gestos ou mímicas, mas sim de expressões identificadas que às caracterizam como uma língua. ²⁰

A língua de sinais pode ser utilizada por qualquer pessoa, ou seja, ela não é apenas para a comunicação entre surdos, e sim, para todos, para que esses indivíduos possam ser compreendidos e integrados na sociedade como cidadãos comuns. ²¹

Referindo-se aos serviços de saúde, grande parte dos profissionais desconhecem a Língua Brasileira de Sinais e também não há intérpretes disponíveis nas instituições para realizar a comunicação com esses pacientes. ²²

Esse fato acaba prejudicando a assistência de saúde ou até mesmo reprimindo a busca desses pacientes ao atendimento. Em vista disso, a Língua Brasileira de Sinais, é

um fator fundamental no acesso e na integralidade do surdo em todas as áreas da vida, sem este meio, o mesmo estaria isolado da sociedade em que vive.

Dificuldades e estratégias na comunicação com o paciente surdo

Existem muitas barreiras no atendimento ao paciente surdo, entre elas, destacam-se: as dificuldades linguísticas; falta de confiança no mundo dos que ouvem; atribuição de baixa inteligência comparando-os com deficientes mentais; a falta de acesso às informações preventivas pelos surdos; o baixo índice de frequência aos serviços de saúde e pouco conhecimento sobre assistência em saúde.¹

Pode ser raro o encontro com o paciente surdo, mas o desafio imposto aos profissionais de saúde vai além dos serviços especializados. Os profissionais podem não estar preparados para o atendimento a esses pacientes, pois essas pessoas não compartilham da língua oral e apresentam cultura própria, que muitas vezes não são ensinadas.^{23,24}

A falta de comunicação apropriada entre os profissionais de enfermagem e o paciente surdo se deve ao fato do grande número de cursos de graduação em enfermagem e saúde não disponibilizar conteúdo sobre o cuidado com o indivíduo surdo.¹

Há um grande despreparo na formação do profissional de saúde, que se inicia desde a graduação, cujo principal fator é a barreira comunicacional que transpassa o atendimento ao surdo.²⁵

Para os profissionais da saúde uma comunicação bem-sucedida com seus pacientes promove um melhor atendimento a esses usuários. Desse modo a capacitação dos profissionais da saúde para o atendimento aos pacientes surdos é uma necessidade imediata.^{26,27}

Em uma pesquisa elaborada com pessoas com surdez severa ou profunda sobre a percepção da comunicação com os profissionais de saúde, os participantes destacaram as dificuldades que encontram para ter um atendimento satisfatório, devido a fatores como: despreparo dos profissionais que atendem o surdo, desde o início do atendimento até as orientações e tratamento e a ausência de uma intermediação apropriada nesse atendimento.²⁸

Existem algumas estratégias de comunicação que são aplicadas para minimizar a barreira comunicacional que existe entre o profissional e a pessoa surda, como por exemplo, perguntar qual a melhor maneira de comunicar-se com ele, não esconder a boca com máscaras e outros objetos que dificultem a leitura labial, manter contato visual, repetir informações até sua compreensão, resumir a história e usar escrita quando possível, ter um intérprete no setor de atendimento e também fazer uso de gestos ou mímicas.²⁹

Atualmente, já é possível solicitar um intérprete gratuitamente na Central de Intérpretes de Libras (CIL), essa iniciativa do governo federal com os demais entes federados, criada pelo Plano Viver sem Limites, busca atender os pedidos de acessibilidade das pessoas surdas. Os estados e municípios devem contratar os intérpretes, enquanto o governo federal fornece toda infraestrutura para isso.³⁰

Porém, o atendimento realizado por mediação de um intérprete, seja por um familiar, conhecido ou até profissional, gera polêmica. Pois, ao mesmo tempo que o intérprete é decisivo e viabiliza a comunicação, em alguns casos, ele pode atrapalhar, tirando a privacidade do paciente, que se acanha em perguntar ou comentar sobre alguma questão relacionada a sua saúde. Além disso, nem sempre os intérpretes conhecem todos os termos específicos de saúde, o que pode dificultar a passagem da informação, tornando o atendimento incompleto.^{31,27}

Apesar das estratégias citadas auxiliarem a comunicação entre o profissional de enfermagem com a pessoa surda, percebe-se que ainda há muitas falhas nessa interação.

Conforme preconizam as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, a formação do profissional de enfermagem exige uma capacitação que possibilite competência e habilidades para utilização da linguagem não-verbal.^{32,33}

Assim sendo, fica evidente, a importância do conhecimento de Libras e da educação continuada para que os profissionais aprendam constantemente, desde sua formação até em sua prática e estabeleçam um vínculo efetivo entre os profissionais da saúde e seus pacientes.³⁴

É de suma importância a capacitação do profissional de enfermagem em relação a Língua Brasileira de Sinais, pois somente com ela conseguimos ter contato direto com o paciente surdo, prestar atendimento inclusivo e humanizado e atender suas reais queixas.

Interação do profissional com o paciente

A interação do enfermeiro com o paciente tem como importância garantir a capacidade da organização de pensamentos e elaboração de ideias, planejando assim uma promoção de saúde efetiva.²⁰

Na assistência de enfermagem, é essencial comunicar-se com clareza, empenhando-se para decifrar e perceber o significado do recado que o paciente quer passar, só assim poderão ser detectadas suas necessidades. Além do mais, a comunicação adequada fara com que o profissional ajude o paciente a definir seus problemas, a enfrentá-los, visualizá-los e contribuir para encontrar novos padrões de comportamento.³⁵

Essa interação se torna mais debilitada quando se trata de um paciente surdo, pois compromete a comunicação, ocasionando dificuldades no atendimento de saúde prestado.³⁶

Pacientes que precisam de atenção especial, por se comunicarem de maneira diferente das outras pessoas, exige do profissional competência e capacidade para interagirem de forma correta.³⁷

Por tanto, essa interação deve surgir através de um atendimento humanizado, assegurando ao paciente que suas prioridades sejam entendidas totalmente pelo profissional que o atende. A sociedade também deve se adequar as necessidades das pessoas com algum tipo de deficiência, seja ela auditiva ou não, para que essa interação e humanização não ocorra somente no ambiente hospitalar, e sim, em todos os lugares.³⁸

O profissional de enfermagem deve ter um pensamento humanizado em relação ao paciente surdo, proporcionando proteção, promoção e recuperação da saúde, é também através da comunicação que ocorrerá um atendimento de qualidade, pois ela possibilita estabelecer vínculos entre o enfermeiro/paciente/família.³⁹

Capacitação do profissional de enfermagem

A capacitação dos profissionais da área da saúde é importante para um atendimento de qualidade, os Projetos Pedagógicos dos cursos de graduação em enfermagem e de todos os outros profissionais da área da saúde podem e devem dissertar sobre assuntos referentes ao atendimento ao paciente surdo e também sobre incluir atividades práticas, estágios e até a própria Língua Brasileira de Sinais para ajudar na interação enfermeiro/paciente.²⁵

A formação e o aprendizado desses profissionais podem, muitas vezes, serem auxiliadas por experiências vivenciais, aulas com a participação de surdos, entrevistas e visitas domiciliares. Isso ajuda no desenvolvimento de habilidades para esse atendimento e em atitudes de inclusão para essas pessoas.³¹

Além disso, é necessário que os profissionais conheçam as leis, decretos e outros instrumentos normativos que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais, sobre as políticas

voltadas para as pessoas surdas, sobre sua cultura, sobre a Comunidade Surda e as dificuldades enfrentadas por ela, sobre como posicionar-se diante desses pacientes e também sobre leitura labial.⁴⁰

É importante ressaltar que a inclusão da Libras nos currículos não quer dizer que o profissional seja fluente, pois assim como qualquer outra língua é necessário mais que algumas aulas ou disciplinas para ser aprendida. Entretanto, ter contato com Libras durante a graduação muitas vezes causa o interesse do profissional para se aprofundar.⁴¹

No relatório “Futuro da deficiência na América”, aponta a importância do convívio com o surdo ainda na formação, nele é relatado sobre a dificuldade dos profissionais de saúde no atendimento com pessoas portadoras de alguma deficiência, mostrando que a barreira não é somente física, mas também comunicacional.⁴²

CONCLUSÃO

A comunicação é uma ferramenta insubstituível na área da saúde, é através dela que acontece a interação do profissional de enfermagem com o paciente, sendo assim, ela deve acontecer de forma clara e concisa, para que o atendimento possa ocorrer de forma adequada e com qualidade.

Assim sendo, esse estudo evidenciou as principais dificuldades que os profissionais de enfermagem encontram na comunicação e na interação com o paciente surdo, devido à grande falta de capacitação e ao desconhecimento sobre Língua Brasileira de Sinais. Esses obstáculos interferem de forma negativa na assistência à saúde, gerando dúvidas no paciente, que, por não ter um profissional capacitado, não consegue entender seu real diagnóstico e todo seguimento de seu tratamento.

Diante disso, demonstrou-se a importância das instituições se preocuparem e se prepararem para a formação de profissionais qualificados para o mercado de trabalho, visando melhor atender essa população, e ao mesmo tempo, fazer com que o profissional que não teve a oportunidade de acesso a esse pensamento na graduação, consiga buscar por aprimoramento para prestar um atendimento humanizado, integrativo e de qualidade, através de cursos e educação continuada oferecidos pelas instituições em que trabalham, colocando em prática o que as leis defendem sobre os direitos dos surdos e o uso da Libras como único meio de comunicação que realmente integra e gera igualdade ao surdo.

REFERÊNCIAS

1 - Chaveiro, N.; Barbosa, M. A.; Porto, C. C. Revisão de literatura sobre o atendimento ao paciente surdo pelos profissionais da saúde. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, set. 2008. **Disponível em:** <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/v42n3a22.pdf> **Acesso em:** 11 nov., 2017.

2 - Schelles, S. A importância da linguagem não-verbal nas relações de liderança nas organizações. Revista Esfera, Brasília, n. 1, p. 1-8, 2008. **Disponível em:** http://www.fsma.edu.br/esfera/Artigos/Artigo_Suraia.pdf **Acesso em:** 11 nov., 2017.

3 - Souza, M. T.; Porrozzi, R. Ensino de Libras para os Profissionais de Saúde: Uma Necessidade Premente. Revista Práxis. Volta Redonda, v. 1, n. 2, p. 43-46, 2009. **Disponível em:** <http://revistas.unifoa.edu.br/index.php/praxis/article/view/1119> **Acesso em:** 11 nov., 2017.

4 - BRASIL. Viver sem limite: Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR). Secretaria

Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD): SDH-PR/SNPD,2013.92p. **Disponível**

em:http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield_gen erico_imagens-filefield-description%5D_0.pdf **Acesso em:** 13 dez., 2017.

5 - BRASÍLIA. Cartilha do Censo 2010: Pessoas com Deficiência. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR). Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD). Coordenação-Geral do Sistema de Informações sobre a Pessoa com Deficiência. Brasília: SDH-PR/SNPD, 2012. **Disponível em:**<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/publicacoes/cartilha-do-censo-2010-pessoas-com-deficiencia> **Acesso em:** 13 dez., 2017.

6 - Organização Mundial de Saúde (OMS). Clasificación internacional las deficiências, actividades de participación: um manual de las dimensiones de lainhabilitación e su funcionamiento. Ginebra (Swi): OMS; 1997. **Disponível em:**<http://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/435cif.pdf> **Acesso em:** 13 dez., 2017.

7 - Brasil. Ministério da Saúde. Pré-Natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. **Disponível em:**http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf **Acesso em:** 13 dez., 2017

8 - BRASIL. Lei n 10.436, 24 de abril de 2002. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 abr. 2002. **Disponível em:**http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10436.htm **Acesso em:** 15 dez., 2017.

9 - Senado Federal. Língua Brasileira de Sinais: uma conquista histórica. Brasília, 2006. **Disponível em:**http://www.artelibras.com.br/ewadmin/download/Lingua_Brasileira_de_Sinais_Uma_Conquista_Historica.pdf **Acesso em:** 15 dez., 2017.

10 - Gilvânia Smith da Nóbrega Moraes¹, Solange Fátima Geraldo da Costa², Wilma Dias Fontes², Alan Dionizio Carneiro³. Artigo de Revisão Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. Acta Paul Enferm.2009;22(3):323-7. **Disponível em:**<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a14v22n3.pdf> **Acesso em:** 20 dez., 2017.

11 - Livro O verbal e não verbal. Vera Teixeira de Aguiar – São Paulo: UNESP, 2004. 112p.: II. – (Coleção Paradidáticos; Série Poder). **Disponível em:**<https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=behDilChRAC&oi=fnd&pg=PA9&dq=o+verbal+e+n%C3%A3o+verbal+vera+aguiar&ots=gLMVhVOrTt&sig=tPeeQZNzuSqzJmMz94wrxxbKtY4#v=onepage&q&f=false> **Acesso em:** 20 dez., 2017.

12 - Carvalho RJ. Língua de Sinais Brasileira e Breve Histórico da Educação Surda. Revista Virtual de Cultura Surda e Diversidade RVCSD. 2011;7. **Disponível em:**<http://editora-araraazul.com.br/site/admin/ckfinder/userfiles/files/4%C3%82%C2%BA%20Artigo%20da%20Revista%2013%20%5BCARVALHO%20e%20SILVA%5D.pdf> **Acesso em:** 21 dez., 2017.

- 13 - Monteiro MS. História dos movimentos dos surdos e o reconhecimento da LIBRAS no Brasil. ETD – Educação Temática Digital, Campinas, 2006;7(2):279-89. **Disponível em:**https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/10178/ssoar-etd-2006-2-monteiro-historia_dos_movimentos_dos_surdos.pdf?sequence=1**Acesso em:** 05 jan., 2018.
- 14 - Pacheco J, Estruc. R. Curso Básico da Libras (Língua Brasileira de Sinais). 2011. **Disponível em:**http://www.socepel.com.br/_arquivos/APOSTILAS_LIBRAS/apostilalibras-110704225732-phpapp01.pdf**Acesso em:** 05 jan., 2018.
- 15 - Curso Básico da Libras (Língua Brasileira de Sinais). Elaborado por Jonas Pacheco e Ricardo Estruc - V.11.01. **Disponível em:**http://www.socepel.com.br/_arquivos/APOSTILAS_LIBRAS/apostilalibras-110704225732-phpapp01.pdf**Acesso em:** 05 jan., 2018.
- 16 – Amaral, FA. Ergonomia. Universidade Estadual do Maranhão, jul. 2010. **Disponível em:**<http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2010/07/o-que-e-ergonomia.pdf>**Acesso em:** 05 jan., 2018.
- 17 - Sistema de Conselhos de Fonoaudiologia; Guia de Orientações na Avaliação Audiológica Básica. Pág. 16, figura 7. **Disponível em:**<http://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/wp-content/uploads/2013/07/Manual-de-Audiologia.pdf>**Acesso em:** 11 fev., 2018.
- 18 - Arakawa AM, Sitta EI, Caldana ML, Sales-P eres SHC. Análise de diferentes estudos epidemiológicos em audiológia realizados no Brasil. Rev CEFAC. 2011; 13(1):152-58. **Disponível em:**http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/10859/art_ARAKAWA_Analise_de_diferentes_estudos_epidemiologicos_em_Audiologia_2011.pdf?sequence=1**Acesso em:** 11 fev., 2018.
- 19 - Quadros, R. M. de. O tradutor e intérprete de língua brasileira de sinais e língua. Programa Nacional de Apoio à Educação de Surdos – Brasília: Ministério da Educação e Cultura, 2004. **Disponível em:**<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/tradutorlibras.pdf>**Acesso em:** 11 fev., 2018.
- 20 - Silva, P.S.; Basso, N.A.S.; Fernandes, S.R.C.M. A enfermagem e a utilização da Língua Brasileira de Sinais no atendimento ao deficiente auditivo. Revista Uningá Review. Vol.17, n.1, pp.05-12 (Jan - Mar 2014). **Disponível em:**www.revistas.udesc.br/index.php/arteinclusao/issue/download/529/pdf_1**Acesso em:** 11 fev., 2018.
- 21 - Barbosa MA, Oliveira MA, Siqueira KM. Linguagem Brasileira de Sinais - Um desafio para a assistência de enfermagem.Rev. Enferm. 2003; 7(3):247-51. **Disponível em:**<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=14713&indexSearch=ID>**Acesso em:** 15 fev., 2018.
- 22 - Santos, E. M.; Shiratori, K. As necessidades de saúde no mundo do silêncio: um diálogo com os surdos. Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, v. 06, n. 01, p.68-76, 2004.

Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista6_1/pdf/f7_surdos.pdf **Acesso em:** 15 fev., 2018.

23 - Porter A. Sign-language interpretation in psychotherapy with deaf patients. *Am J Psychother.* 1999;53(2):163-76. **Disponível em:** http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000137&pid=S0080-6234200800030002300022&lng=en **Acesso em:** 22 mar., 2018

24 - Barnett S. Cross-cultural communication with patients who use American Sign Language. *Fam Med.* 2002; 34 (5):376-82. **Disponível em:** http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000141&pid=S0080-6234200800030002300024&lng=en **Acesso em:** 22 mar., 2018

25 - Oliveira, Y. C. A.; Costa, G. M. C.; Coura, A. S.; Cartaxo, R. O.; França, I. S. X. A língua brasileira de sinais na formação dos profissionais de Enfermagem, Fisioterapia e Odontologia no estado da Paraíba, Brasil. *Interface Comunic. Saude. Educ. Botucatu/SP, Out/Dez.* 2012. **Disponível em:** <http://www.scielo.br/pdf/icse/2012nahead/aop4712> **Acesso em:** 25 mar., 2018.

26 - Barbosa MA, Oliveira MA, Siqueira KM, Damas KCA, Prado MA. Linguagem Brasileira de Sinais: um desafio para a assistência de enfermagem. *Rev. Enferm UERJ.* 2003;11(3):247-51. **Disponível em:** <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=14713&indexSearch=ID> **Acesso em:** 25 mar., 2018

27 - Steinberg AG, Wiggins EA, Barmada CH, Sullivan VJ. Deaf women: experiences and perceptions of healthcare system access. *J Womens Health (Larchmt).* 2002;11 (8):729-41. **Disponível em:** http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000131&pid=S0080-6234200800030002300019&lng=en **Acesso em:** 25 mar., 2018.

28 - Cardoso AHA, Rodrigues KG, Bachion MM. Percepção da pessoa com surdez severa e/ou profunda acerca do processo de comunicação durante seu atendimento de saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2006; 14: 553-60. **Disponível em:** http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/pt_v14n4a13.pdf **Acesso em:** 27 de mar., 2018

29 - Barnett, M.S.D. Communication with deaf and hard-of-hearing people: a guide for a medical education. *Academic medicine*, v.77, n.7, p.695-700. Jul. 2002. **Disponível em:** <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/viewFile/5883/3046> **Acesso em:** 05 abril, 2018

30 - BRASIL. Viver sem limite: Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR). Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD): SDH-PR/SNPD, 2014. 180p. **Disponível em:** http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield_generico_imagens-filefield-description%5D_0.pdf **Acesso em:** 05 abril, 2018

31 - Costa, L. S. M.; Silva, N. C. Z. Desenvolvendo atitudes, conhecimentos e habilidades dos estudantes de medicina na atenção em saúde de pessoas surdas. *Interface Comunic, saúde, Educ, Botucatu, Out/Dec.* 2012. **Disponível**

em:http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832012000400019&script=sci_arttext**Acesso em:** 05 abril, 2018

32 - Trecossi MO, Ortigara EPF. Importância e eficácia das consultas de enfermagem ao paciente surdo. Rev. enferm URI. 2013; 9(9): 60-9. **Disponível em:**<http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/view/938>**Acesso em:** 10 abril, 2018

33 - Ministério da Educação. Resolução CNE/CES 3/2001. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Brasília (DF): CNE; 2001. **Disponível em:**<http://portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/tvescola/leis/CES0101.pdf>**Acesso em:** 10 abril, 2018

34 - Dantas TRA, Gomes TM, Costa TF, Azevedo TR, Brito SS, Costa KNFM. Comunicação entre a equipe de enfermagem e pessoas com deficiência auditiva. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2014 mar/abr; 22(2):169-74. **Disponível em:**<http://www.facenf.uerj.br/v22n2/v22n2a04.pdf>**Acesso em:** 10 abril, 2018

35 - Stefanelli MC, Carvalho EC, organizadoras. A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. Barueri (SP): Manole; 2004. **Disponível em:**<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/733.pdf>**Acesso em:** 20 abril, 2018

36 - Britto FR, Samperiz MMF. Dificuldades de comunicação e estratégias utilizadas pelos enfermeiros e sua equipe na assistência ao deficiente auditivo. Hospital Israelita Albert Einstein - HIAE, São Paulo (SP), Brasil. 2010;8(1):80-5. **Disponível em:**http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0080.pdf**Acesso em:** 22 abril, 2018

37 - Freitas, A.F.; Seidl, E.M.F. Study on heteronomy in the healthcare to children and adolescents with special needs. Revista Bioética, Brasília, v. 19, n. 1, p. 119-140, 2011. **Disponível em:**http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-7331201500010030**Acesso em:** 22 abril, 2018

38 - Chaveiro N, Barbosa MA. Assistência ao surdo na área de saúde como fator de inclusão social. Rev. Esc. Enferm. USP. 2005;39(4):417-22. **Disponível em:**<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/62.pdf>**Acesso em:** 22 abril, 2018

39 - Grossi Júnior RU, Santos DAS. Utilização da Língua Brasileira de Sinais no Atendimento aos Surdos / Deficientes Auditivos como Forma de Humanização da Enfermagem. Rev Virtual de Cultura Surda e Diversidade. 2009. **Disponível em:**<http://www.editora-arara-azul.com.br/revista/compar4.php>**Acesso em:** 07 maio, 2018.

40 - CHAVEIRO, N.; PORTO, C.C.; BARBOSA, M.A. Relação do paciente surdo com o médico. Rev Bras Otorrinolaringol, Jan/Fev. 2009. **Disponível em:**<http://www.scielo.br/pdf/rboto/v75n1/v75n1a23.pdf>**Acesso em:** 07 maio, 2018.

41 - Lopes, R. M.; Vianna, N. G.; Silva, E. M. Comunicação do surdo com profissionais de saúde na busca da integralidade. Revista Saúde e Pesquisa, v. 10, n. 2, p. 213-221, maio/agosto 2017. **Disponível**

em:<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5883>**Acesso em:** 07 maio, 2018.

42- SYMONS, A. B.; MCGUIGAN, D.; AKL, E. A. A curriculum to teach medical students to care for people with disabilities: development and initial implementation. *bmC medical Education*, v. 9, Dec. 2009. **Disponível em:**<https://link.springer.com/article/10.1186/1472-6920-9-78>**Acesso em:** 07 maio, 2018.

Thalyta Roberta Silva Bastos

Enfermeira, Mestre em Enfermagem – UPE/UEPB

José Flávio de Lima Castro

Enfermeiro, Doutorando em Enfermagem - UPE/UEPB; Professor da UFPE/CAV

Brígida Maria Gonçalves de Melo Brandão

Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem – UPE/UEPB; Professora substituta CESCOR/UEMA

Bianca de Fátima Ramos Souza

Graduanda em Enfermagem – FENSG/UPE

Rebeca Coelho de Moura Angelim

Enfermeira, Doutora em Enfermagem – UPE/UEPB

Fátima Maria da Silva Abrão

Enfermeira, Doutora em Enfermagem – USP/EERP; Professora associada UPE/FENSG

RESUMO

Introdução: No Brasil verifica-se aumento das doenças crônicas não transmissíveis que podem comprometer a funcionalidade do idoso com conseqüente perda de autonomia e independência, resultando na necessidade de atendimento especializado. Políticas públicas como a Política Nacional de Saúde do Idoso visa garantir atenção integral à saúde dessa população ao incentivar uma assistência integral, levando em consideração as características peculiares da sua fase de senescência. **Objetivo:** Caracterizar a produção científica quanto à prática profissional do enfermeiro na prestação de cuidados aos idosos. **Metodologia:** Revisão integrativa da literatura realizada nas bases de dados LILACS e BDENF incluindo artigos completos em português e inglês indexados nos últimos 5 anos. **Resultados:** Dos 7 artigos incluídos no estudo, 4 abordam a assistência direcionada e capacitação e formação profissional. Os demais abordaram a integralidade do cuidado a partir de organizações da equipe multiprofissional; as competências necessárias para atendimento especializado; e a importância da educação em saúde para sucesso do tratamento. **Conclusão:** Percebe-se o despreparo entre a demanda de cuidado do idoso e a formação do enfermeiro relacionado à escassez de conhecimentos técnico-científicos gerontogerítricos refletindo na vulnerabilidade do processo de trabalho do enfermeiro. **Contribuições ou implicações para a enfermagem:** Este estudo aponta a urgência na formação da equipe de enfermagem qualificada para assistência ao idoso além de reiterar a importância da prática profissional voltada à educação.

Descritores: Prática profissional; Idoso; Cuidados de enfermagem.

INTRODUÇÃO

A mudança demográfica no Brasil é conhecida, sobretudo desde as últimas décadas do século XX quando a população idosa brasileira passou de aproximadamente 7 milhões de pessoas na década de 1980 para 11 milhões na década de 1990⁽¹⁾. Esse perfil demográfico tem por causalidade o decréscimo nas taxas de natalidade e mortalidade somadas às melhores condições de vida e saúde que impactaram na expectativa de vida e, conseqüentemente, no aumento da população da faixa etária de 60 anos ou mais ⁽²⁻³⁾.

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial e as possíveis conseqüências desse fenômeno podem acarretar no crescimento das doenças crônicas não transmissíveis, como por exemplo, hipertensão arterial e diabetes mellitus. Tal fato é evidenciado devido aos idosos estarem mais expostos às fragilidades típicas da idade. Além disso, as doenças crônicas, geralmente são incuráveis e requerem tratamentos contínuos, no qual podem ter complicações que resulta na incapacidade funcional, deixando esse grupo mais dependente⁽⁴⁾.

Dessa forma, esse efeito influencia o modo de gerir a atenção à saúde, visto que é necessária a adequação dos valores culturais, das políticas sociais e de saúde. Estas precisam ser voltadas para essa população no sentido de diminuir problemas decorrentes do envelhecimento populacional e possibilitar um cuidado integral nos diversos cenários de atenção em saúde ⁽⁵⁾.

A assistência geriátrica deve ser setorizada e organizada em todos os níveis, desde a atenção primária à saúde, com visita domiciliar, até a atenção hospitalar com a consulta e avaliação⁽⁶⁾. É de suma importância que o enfermeiro juntamente com toda equipe multiprofissional de saúde considere o indivíduo de forma holística, a partir de uma prática apropriada, humanizada e técnica⁽⁷⁾. Nesse sentido, realizar os planos de cuidado individualizado com a finalidade de potencializar a eficácia do tratamento proposto.

No que diz respeito ao cuidado de idosos, a presença da equipe de enfermagem tecnicamente qualificada para o atendimento é fundamental. Contudo, a escassez de conhecimentos técnico-científicos gerontogeriátricos é presente nos serviços de saúde. A falta de sintonia entre o preparo profissional e as necessidades de cuidado, reflete a fragilidade do processo de trabalho das equipes de enfermagem para a pessoa idosa, e aponta urgência da formação profissional que necessita de qualificação para prestar assistência, de acordo com as demandas atuais que a população idosa exige ^(8,9,10).

Existem ações específicas, as quais devem ser colocadas em prática, respeitando as diferenças de gênero e idade, bem como de nível educacional, condições de moradia, hábitos de saúde e preservação/melhoria da capacidade funcional dos idosos ^(11, 12). De forma a ressaltar a necessidade da prática profissional de forma integral, qualidade em saúde, fortalecimento do controle social pelos idosos e educação permanente dos profissionais de saúde para garantir os direitos da pessoa idosa, realizou-se a presente revisão integrativa da literatura. Assim, esse estudo tem como objetivo caracterizar a produção científica quanto à prática profissional do enfermeiro na prestação de cuidados aos idosos.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Na elaboração da revisão foram seguidos os seguintes passos: definição do problema com a elaboração da questão norteadora do estudo; definição da amostragem com o estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; categorização por meio das informações obtidas dos artigos incluídos; avaliação dos estudos; síntese do conhecimento⁽¹³⁾.

A pergunta norteadora da investigação foi: como a prática profissional do enfermeiro interfere na garantia dos direitos à saúde da pessoa idosa? Em seguida, buscou-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do Medical Subject Headings (MeSH) da National Library para definição dos descritores controlados. Captou-se as seguintes terminologias: “prática profissional/professional practice”, “idoso/aged” e “cuidados de enfermagem/ nursing care”. Estes descritores foram combinados a partir do operador booleano “AND” de forma a crescer a amostra.

O intervalo de seleção dos artigos científicos ocorreu no recorte temporal de 2013 a 2018. A sistemática de captação nas bases de dados ocorreu de forma dupla (2 pesquisadores) e independente para potencializar o rigor e a imparcialidade na captação dos artigos. A realização da revisão integrativa ocorreu em março de 2018. A seleção dos estudos foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) que constou das seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF).

Os critérios de inclusão para seleção da amostra foram: artigos científicos completos e disponíveis online que responderam à temática, publicados nos idiomas português e inglês, durante o recorte temporal de janeiro de 2013 a dezembro 2018. Excluíram-se os relatos de experiência e revisão de literatura narrativa.

A captação dos artigos nas bases de dados foi realizada através de uma análise descritiva após leitura crítica do título e resumo de cada artigo e empregado os critérios de inclusão e exclusão. Logo depois, iniciou-se a leitura crítica dos artigos na íntegra.

Os estudos repetidos nas bases de dados foram considerados uma única vez e para a coleta dos dados foi utilizado um instrumento elaborado pelos autores utilizando o software Microsoft Word 2010 com as seguintes variáveis: Identificação do estudo (título do periódico, ano de publicação, autoria, título da pesquisa, base de dados ou biblioteca virtual); características metodológicas do estudo (objetivo e métodos); e avaliação dos resultados encontrados (resultados e conclusões), a partir do qual foi realizada a divisão em categorias. Foram selecionados 57 artigos. Após adequação aos critérios de inclusão, excluíram-se os artigos duplicados e a amostra final consistiu de 7 artigos.

RESULTADOS

Dentre estes, 4 (57,14%) estavam indexados na LILACS, 2 (28,6%) na BDEFN-enfermagem e LILACS, 1 (14,26%) na BDENF-enfermagem. O ano de 2014 expressou maior número de publicações com 3 artigos. Em 2013, 2015, 2017 e 2018 houve uma publicação, respectivamente.

A figura 1, elaborada pelos autores, sintetiza os dados dos estudos investigados.

FIGURA 1: Distribuição dos estudos segundo código, periódico, ano, autoria, título, base de dados ou biblioteca virtual, objetivo e métodos. 2013 a 2018. Recife (PE), Brasil.

Código do Artigo	Periódico/Ano/Autores	Título/Base de dados ou Biblioteca Virtual	Objetivo	Métodos
01	Revista Niterói; 2017; Thayane Dias dos Santos.	O ambiente do cuidado e a segurança do paciente idoso hospitalizado: contribuições para enfermagem. LILACS; BDEFN Português	Analisar os riscos e benefícios do ambiente do cuidado ao paciente idoso hospitalizado em enfermaria de clínica médica de um hospital universitário.	Trata-se de estudo com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso único, realizado nas enfermarias de clínica médica masculina e feminina de um hospital universitário localizado no Estado do Rio de Janeiro com profissionais da equipe de enfermagem, clientes idosos internados e/ou familiares acompanhantes.
02	Revista Online de Pesquisa cuidado é fundamental; 2018; Gabriel Zanin Sanguino et al.	O trabalho de enfermagem no cuidado ao idoso hospitalizado: contribuições para enfermagem. LILACS; Português e inglês.	Analisar o cuidado de enfermagem ao idoso em diversos cenários de um hospital geral, com ênfase no preparo profissional, limites e particularidades das práticas assistenciais.	Pesquisa exploratória de natureza descritiva, com abordagem qualitativa, realizada em um hospital universitário público, por entrevista aberta, com 15 profissionais de enfermagem que executavam cuidados a pacientes idosos.
03	Revista da Escola USP; 2014; Regina Rigatto Witt et al.	Competências profissionais para o atendimento de idosos em Atenção Primária à Saúde; BDEFN; Português.	Identificar e analisar as competências profissionais necessárias para o atendimento de idosos em cuidados primários de saúde.	Estudo exploratório descritivo qualitativo-quantitativo. Foi utilizada a Técnica Delphi em três rodadas, com a participação de profissionais da rede básica e um grupo multidisciplinar de especialistas.
04	Kairós Gerontologia; 2014; Daniela Jéssica Rodrigues de França et al.	As contribuições do cuidado ao idoso no programa de hiperdia, para a formação profissional. LILACS; Português.	Relatar de forma descritiva a experiência vivenciada na unidade básica de saúde por acadêmicos, e descrever as práticas desenvolvidas ao idoso no programa de hiperdia, contribuindo para a formação profissional desses acadêmicos.	Estudo descritivo com abordagem qualitativa, desenvolvida na Unidade Básica de Saúde no município de Parnamirim Rio Grande do Norte.
05	Escola Anna Nery; 2014;	Saúde do Idoso: percepções relacionadas ao atendimento; LILACS;	Objetivou-se compreender como o idoso percebe o atendimento na atenção básica.	Estudo qualitativo, O presente estudo foi desenvolvido em unidade Estratégia Saúde da Família, em uma cidade do interior paulista. O bairro

	Lais Soares Vello, "et al".	Português.		onde se localiza a unidade caracteriza-se como de população de baixa classe social, com complexas teias familiares.
06	Revista Saúde e Sociedade; 2013; Liliana Sousa, Antônio Pedro Ribeiro.	Prestar cuidados de enfermagem a pessoas idosas: experiências e impactos; LILACS; Português.	Analisa as experiências de enfermeiros nos cuidados a pessoas idosas e os impactos nesses profissionais.	Este estudo adota a técnica de incidentes críticos (TIC), por constituir um método qualitativo que possibilita a recolha de eventos que traduzem acontecimentos da rotina diária e permite aceder à perspectiva individual de experiências significativas.
07	Revista Paulista de Enfermagem; 2015; Vanessa Monteiro Mantovani, "et al".	Adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca em acompanhamento domiciliar por enfermeiros; LILACS, BDEFEN; Português.	Verificar a adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca em acompanhamento domiciliar por enfermeiras após alta hospitalar.	Trata-se de um estudo experimental antes-depois realizado com pacientes que estiveram internados por descompensação da insuficiência cardíaca em duas instituições de referência no estado do Rio Grande do Sul, Brasil.

De acordo, com os resultados e conclusões de cada publicação foi possível realizar a compilação e categorização dos assuntos abordados em 4 categorias temáticas, são eles: Categoria A: assistência direcionada ao Idoso e capacitação dos profissionais de saúde; Categoria B: integralidade do cuidado a partir de organizações da equipe multiprofissional; Categoria C: competências necessárias para o atendimento especializado; Categoria D: importância da educação em saúde para o sucesso do tratamento.

DISCUSSÃO

Categoria A: Assistência direcionada ao Idoso e capacitação dos profissionais de saúde

Os que apresentaram essa categorização nos resultados foram os artigos^(13,14,15,16), os quais abordaram nessa categoria a necessidade de uma assistência direcionada ao Idoso e especializada para lidarem com os cuidados dos idosos, seja no ambiente hospitalar ou na atenção primária. Com a chegada da idade avançada, alguns tipos de morbidades, como por exemplo, as doenças crônicas, acometem esse grupo de pessoas, na qual, podem comprometer a funcionalidade do corpo com consequente perda de autonomia e independência, resultando na necessidade de atendimento especializado^(4,16).

A capacitação profissional especializada é de suma importância para assistência. Entretanto, estudos mostram a escassez de enfermeiros que não apresentam especialidades em geriatria ou gerontologia, ocupações que cuidam dos idosos e dos fenômenos do envelhecimento, respectivamente. Diante disso, observou-se que o saber fazer foi devido, a oportunidade da prática laboral⁽¹⁴⁾. Dessa forma, é fundamental proporcionar desde a graduação de enfermagem conhecimentos específicos ao cuidado do idoso, para assim, exercerem suas funções com maior propriedade e melhor qualidade⁽¹⁷⁾.

Outro ponto que pode dificultar a assistência ao grupo da terceira idade é o ambiente hospitalar, pois, alguns não têm estrutura física para transporte de paciente com certa restrição ou até mesmo não tem leitos adequados para cada especificidade⁽¹⁸⁾. Assim, é essencial que o ambiente no qual se realizam os cuidados em saúde apresentem uma estrutura física adequada, para assim, favorecer a segurança do paciente e os profissionais da enfermagem consigam prestar seus cuidados livres de danos e de forma qualificada⁽¹³⁾.

Na Atenção básica, por sua vez, enfermeiros enfrentam desafios decorrentes do envelhecimento populacional, com o aumento de idosos na unidade de saúde. Estes, possivelmente, atendem os idosos seguindo as normas de atendimento geral de qualquer usuário, sem considerar as particularidades da idade, necessitando de maior investimento no sentido de aprofundar as especificidades desse saber, para que possam qualificar o cuidado a esta população. Além disso, um artigo retratou a insuficiência de profissionais de outras áreas, sendo necessário investir no desenvolvimento de competências para lidar com o desafio do envelhecimento de forma multiprofissional. Assim, se faz necessário compreender o atendimento abrangendo a prevenção, proteção, reabilitação e melhor compreensão dos determinantes socioambientais do processo saúde/doença⁽¹⁹⁾.

Categoria B: Integralidade do cuidado a partir de organizações da equipe multiprofissional

A análise possibilitou incluir nesta categoria um artigo⁽²⁰⁾, que destaca a importância da multidisciplinaridade na assistência ao idoso nas Unidades de Saúde da Família, uma vez que este grupo apresenta mudanças naturais do envelhecimento e como consequências, patologias crônicas ou agudas podem se manifestar, o qual requer tratamento específico e individualizado.

A integralidade das profissões serve para ouvir, compreender e, a partir de então realizar um plano de cuidados, de acordo com as demandas e necessidades das pessoas, grupos e comunidades. Com base nesse princípio, os serviços devem ofertar ações de promoção à saúde, prevenção de fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação segundo a dinâmica do processo saúde-doença, e estas devem estar articuladas e integradas em todos os espaços organizacionais do sistema de saúde⁽²¹⁾.

Por fim, vale ressaltar que os profissionais que atuam na atenção básica necessitam ter de modo claro a importância da qualidade de vida com a manutenção do idoso na rotina familiar e na vida em comunidade como fatores fundamentais para a manutenção de seu equilíbrio físico e mental. Visualizar e defender a presença da pessoa idosa na sociedade, de forma, participativa e construtiva é uma das importantes missões daqueles que abraçaram a proposta da atenção básica resolutiva, integral e humanizada. Não se deve aceitar apenas a longevidade do ser humano como a principal conquista da humanidade contemporânea, mas que esse ser humano tenha garantida uma vida com qualidade, felicidade e ativa participação em seu meio⁽²⁰⁾.

Categoria C: Competências necessárias para atendimento especializado.

Nessa categoria se captou um artigo⁽²²⁾, em que, relata as dificuldades do enfermeiro em gerir os seus sentimentos quando lidam com situações de morte, abandono, dependência e dificuldade de comunicação com os idosos.

É possível notar, que ainda existe um despreparo emocional dos profissionais de enfermagem para enfrentar a complexidade e especificidade do cuidado à pessoa idosa⁽²²⁾. Tal fato é evidenciado, porque a formação dos enfermeiros ainda mantém o foco em episódios agudos de doença, com a experiência de formação clínica centrada em

processos de doenças específicas ou no treino de competências para executar técnicas de cuidados⁽²³⁾.

Diante disso, observa-se que cuidar do grupo da terceira idade envolve complexidade crescentes e um alto grau de continuidade, não sendo apenas uma série de momentos isolados de tratamento⁽²²⁾. Os idosos precisam que ser vistos de uma forma holística, para a assistência seja realizada de forma adequada e individualizada. Para isso, é imprescindível a articulação do apoio, vínculo com a família e, assim, garantir melhor qualidade na assistência.

Categoria D: importância da educação em saúde para o sucesso do tratamento

Por fim, nesta categoria, foi inserido um artigo⁽²⁴⁾ o qual destacou a importância da educação em saúde realizado por enfermeiros a partir de orientações das doenças crônicas que afetam os idosos. A partir disso, foi notório que tais práticas se mostraram efetivas em melhorar a adesão dos pacientes em relação aos tratamentos estudados.

Vale salientar que, a adesão corresponde a concordância entre a prescrição dos profissionais de saúde e a conduta do próprio paciente. No entanto, são muitos os fatores que contribuem para a falta de adesão, tais como: as dificuldades financeiras, grande número de medicamentos prescritos, efeitos adversos dos medicamentos, dificuldade de acesso ao sistema de saúde, características assintomáticas da doença e a sua cronicidade⁽²⁵⁾. Além disso, a experiência de vida e subjetividade no modo de pensar e agir do sujeito diante do processo de adoecimento⁽²⁶⁾.

Diante disso, a enfermagem, como profissão do cuidado humano, tem a educação como uma ferramenta norteadora para o desenvolvimento de sua prática, e assim, garantir uma melhora significativa na qualidade de vida da população idosa. Dessa forma, faz-se necessário o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade, compreender a situação de saúde e propor ações transformadoras que levem o indivíduo a sua autonomia, autocuidado e emancipação enquanto sujeito, para assim, o mesmo ser capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidá-lo de si⁽²⁷⁾.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, entende-se que o processo de envelhecimento gera alterações e adaptações nos diferentes setores sociais, entre eles na área de saúde. Dessa forma, ressalta-se a importância da assistência do paciente idoso. O mesmo precisa de cuidados diferenciados, no qual carece maior sensibilidade ao profissional que presta atendimento.

Porem pôde-se perceber o despreparo entre a demanda de cuidado do idoso e a formação do enfermeiro relacionado à escassez de conhecimentos técnico-científicos gerontológico refletindo na vulnerabilidade do processo de trabalho do enfermeiro.

Dessa forma, este estudo aponta a urgência na formação da equipe de enfermagem qualificada para assistência ao idoso, além de reiterar a importância da prática profissional voltada à educação. É importante que tal formação comece desde a graduação, pois quando tal temática é introduzida geram profissionais com capacidade reflexiva acerca da prática, bem como produtores de conhecimento.

Assim, é necessário que os gestores das instituições de saúde proporcionem educação permanente aos profissionais que nelas atuam, permitindo participação em cursos, seminários e oficinas que retratem o cuidado à pessoa idosa.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

A principal contribuição deste estudo para o campo da pesquisa científica gerontológica foi caracterizar a produção científica quanto à prática profissional do enfermeiro na prestação de cuidados aos idosos tanto na área hospitalar quanto na atenção primária à saúde. Os achados nessa pesquisa mostraram que a enfermagem precisa pensar seu cuidado individualizado e deve levar em consideração as particularidades do público alvo. Outro achado relevante, foi a importância da educação em saúde como uma ferramenta de promoção do cuidado prestado pelo enfermeiro na melhoria da qualidade de vida dos Idosos. Quanto aos avanços para a área do conhecimento, verifica-se que a compilação dos resultados encontrados vai ajudar na divulgação científica e realização de nossas pesquisas, como também vai facilitar que profissionais da enfermagem possam utilizar o estudo como forma de possibilidade de mudança de prática.

REFERÊNCIAS

- 1 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação.[Cited 2020 jun 15 24]. Available from: <http://www.ibge.gov.br>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Série Pactos pela Saúde. Brasília, DF, 2010 [cited 2020 jun 16]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf.
3. Gonçalves KAM, Kamimura QP, Silva, JLG, Silva MG. A população idosa no Brasil: caracterização do uso de medicamentos. Ver Fasem Ciências [Internet]. 2013 [cited 2020 jun 15];4(2):67-76. Available from: <http://www.fasem.edu.br/revista/index.php/fasemciencias/article/view/52>
4. Silva JAC; Almeida MHM. Orientações políticas e prática profissional em instituições de longa permanência para idosos. Estud. interdiscipl. Envelhec, .2018; 18(1):119-35.
- 5 Lima TJV, Arcieri RM, Garbin CAS, Moimaz SAS, Saliba O. Humanização na atenção básica de saúde na percepção de idosos. Saúde Soc [Internet]. 2014 [cited 2020 jun 12]; 23(1): 265-76. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n1/0104-1290-sausoc-23-01-00265.pdf>.
- 6 Almeida ABA, Aguiar MGG. A dimensão ética do cuidado de enfermagem ao idoso hospitalizado na perspectiva de enfermeiros. Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]. 2011 [cited 2020 jun 11] ; 13(1):42-9. Available from: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n1/v13n1a05.htm#:~:text=Para%20responder%20ao%20problema%20estabelecido,%2C%20autonomia%2C%20justi%C3%A7a%2C%20com%20promisso%2C.
7. Silvestre JA, Neto CMM. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. Cad. Saude Publica [Internet]. 2003[cited 2020 jun 16]; 19 (3):839-47. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15887.pdf>.
8. Gonçalves KAM, Kamimura QP, Silva, JLG, Silva MG. A população idosa no Brasil: caracterização do uso de medicamentos. Ver Fasem Ciências [Internet]. 2013 [cited 2020 jun 17]; 4(2):67-76. Available from: <http://www.fasem.edu.br/revista/index.php/fasemciencias/article/view/52>.

- 9 Fonseca LMS, Bittar CML. Dificuldades no atendimento ao idoso: percepções de profissionais de enfermagem de unidades de saúde da família. RBCEH [Internet]. 2014 [cited 2020 jun 16]; 11(2):178-92. Available from: <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/4080>.
10. Both JE, Leite MT, Hildebrandt LM, Beuter M, Muller LA, Linck CL. Qualificação da equipe de enfermagem mediante pesquisa convergente assistencial: contribuições ao cuidado do idoso hospitalizado. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2014 [cited 2020 jun 17]; 18(3): 486-95. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n3/1414-8145-ean-18-03-0486.pdf>.
11. Brasil. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o estatuto do idoso e dá outras providências [Internet]. Brasília; 2003 [cited 2020 jun 17]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.741.htm
- 12 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2528, de 19 de outubro de 2006. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [Internet]. Brasília; 2006 [cited 2020 jun 15]. Available from: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2528.htm>.
- 13 Santos TD. O ambiente do cuidado e a segurança do paciente idoso hospitalizado: contribuições para enfermagem. Niterói: Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense, 2017. Dissertação de mestrado em ciências do cuidado em saúde.
14. Sanguino GZ, Previato GF, Silva AF, et al. O trabalho de enfermagem no cuidado ao idoso hospitalizado: limites e particularidades. Rev Fund Care Online. [Internet] 2018. [cited 2020 jun 16]; 10 (1): 160-166. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6015/pdf_1.
15. Witt RR, Roos MO, Carvalho NM, Silva AM, Rodrigues CDS, Santos MT. Competências profissionais para o atendimento de idosos em Atenção Primária à Saúde. Rev Esc Enferm. [Internet] 2014. [cited 2020 17 jun]; 48(6):1020-5. Available from: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/pt_0080-6234-reeusp-48-06-1020.pdf.
16. França DJR, Nunes JT, Fernandes MNF. As contribuições do cuidado ao idoso no programa de hiperdia para a formação profissional. Ver Kairós Gerontologia. [Internet]. 2014. [Cited 2020 jun 15]; 17(2): 315-327. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-768750>.
17. Both JE, Leite MT, Hildebrandt LM, Beuter M, Muller LA, Linck CL. Qualificação da equipe de enfermagem mediante pesquisa convergente assistencial: contribuições ao cuidado do idoso hospitalizado. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2014 [cited 2020 jun]; 18(3): 486-95. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n3/1414-8145-ean-18-03-0486.pdf>.
18. Nascimento ERP, Silva SG, Souza, Souza BC, Souza DD, Netto AG. Ambiência de uma emergência hospitalar para o cuidado ao idoso: percepção dos profissionais de enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2015 [cited 2020 jun 15]; 19(2):342-52. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n2/1414-8145-ean-19-02-0338.pdf>.
19. Motta LB, Aguiar AC, Caldas CP. Estratégia saúde da família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. Cad Saúde Pública. [Internet] 2011; [cited 2020 jun 17]; 27: 779-86. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000400017&lng=en&nrm=isso.

20. Vello LS, Popim RC, Carazzai EM, Pereira MAO. Saúde do Idoso: percepções relacionadas ao atendimento. Rev Esc Anna Nery. [Internet] 2014; [cited 2020 jun 18]; 18 (2) 1414-45. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000200330.
21. Silva BK, Bezerra AFB, Tanaka OY. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. Interface: Comunicacao, Saude, Educacao. [Internet] 2012; [cited 2020 jun 18]; 16(40):249-59. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832012000100019&script=sci_abstract&tlng=pt.
22. Sousa L, Ribeiro AP. Prestar cuidados de enfermagem a pessoas idosas: experiências e impactos. Revista saúde e sociedade. [Internet] 2013; [cited 2020 jun 19]; 22 (3). Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000300019.
23. Ironside P, et al. Fostering geriatrics in associate degree nursing education: an assessment of current curricula and clinical experiences. Journal of Nursing Education, Kansas. [Internet] 2010; [cited 2020 jun 19]; 49 (5): 246-252. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20210290/>.
24. Mantovani VM, Ruschel KB, Souza EM, Mussi C, Silva ERR. Adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca em acompanhamento domiciliar por enfermeiros. Revista Acta Paulista de Enfermagem. [Internet] 2015; [cited 2020 jun 19]; 28 (1): 1982-94. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000100041.
25. Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. Cien Saude Colet. [Internet] 2003; [cited 2020 jun 17]; 8(3):775-782. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232003000300011&script=sci_abstract&tlng=pt.
26. Fava SMCL, Nunes ZB, Gonçalves MFC, Nogueira MS. Educação em saúde e adesão ao tratamento na perspectiva histórico cultural. Revista saúde e transformação social. [Internet] 2011; [cited 2020 jun 16]; 2(1): 81-87. Available from: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/1065/1289>.
27. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. Ciênc saúde colet. [Internet] 2007; [cited 2020 jun 16]; 12(2): 335-340. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200009

Rosana Martineli

Enfermeira. Especialista em Terapia Intensiva. Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho. Docente do Curso de Enfermagem – FURB

Nádia Lisieski

Enfermeira. Especialista em Emergência. Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho. Docente do Curso de Enfermagem – FURB

Jarbas Galvão

Enfermeiro. Mestre em Desenvolvimento Regional. Docente do Curso de Enfermagem – FURB

RESUMO

Como docentes devemos atentar para dar respostas à formação de profissionais para o século XXI, apoiar nossos estudantes na identificação do seu conhecimento e de suas necessidades de aprendizagem, para a tomada de decisões em relação à melhoria ou ampliação de capacidades (LIMA; PADILHA, 2013). Desta maneira à necessidade de diversificar atividades de ensino aprendizagem. A utilização de situações-problema, como disparadores da aprendizagem, é um recurso que favorece o reconhecimento da aplicabilidade e a construção dos conhecimentos de modo associado às circunstâncias e ao contexto. As situações podem ser problemas ou desafios reais do cotidiano da vida ou de um determinado trabalho ou, simulações desses problemas (SIQUEIRA; PETROLINO, 2013). Objetivou-se apresentar aplicabilidade de uma metodologia ativa no processo de seleção e recrutamento. Trata-se de um relato de experiência de docentes na aplicação de uma estratégia de ensino durante o internato em atenção terciária da nona fase do curso de enfermagem da Universidade Regional de Blumenau conveniada a dois hospitais de grande porte. Os alunos foram divididos entre as duas instituições ficando em duplas nas unidades de internação, desenvolvendo atividades relacionadas as competências do enfermeiro, entre elas o recrutamento. Os discentes divulgaram o perfil do candidato utilizando ambiente virtual de aprendizagem, WhatsApp e e-mail. Posteriormente avaliaram currículos, conhecimentos e entrevistas, de posse dessas informações tomaram a decisão de quais candidatos seriam recrutados, isto ocorreu em dois momentos. Possibilitando a troca dos alunos entre os hospitais como recrutadores e recrutados seguindo todas as fases. Concluímos que essa atividade contribuiu para o desenvolvimento da maturidade profissional pelas atitudes de: responsabilidade, tomada de decisões, liderança, comunicação e administração de conflitos que possibilita um novo enfrentamento em mesmas situações futuras na prática profissional.

Descritores: Recrutamento, Metodologia, Enfermagem.

INTRODUÇÃO

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do curso de graduação em enfermagem, descrevem as habilidades e competências que devem ser desenvolvidas na formação do discente. Dentre as competências, estão a gestão e gerenciamento do cuidado de enfermagem nos serviços de saúde. (BRASIL 2018)

Na competência de gestão e gerenciamento, os enfermeiros devem ser capazes de administrar recursos físicos, materiais, de informação, como também, aptos a serem gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde. (BRASIL, 2018)

Autores como Morán (2015), discorrem que a escola estandardizada ensina e avalia a todos de forma análoga, exige resultados previsíveis, ignorando o conhecimento baseada em competências cognitivas, pessoais e sociais, limitando com isso, a capacidade de resposta que a sociedade espera desses profissionais em termos de conhecimento.

Assim, sendo o conhecimento um produto do processo ensino aprendizagem e para que esse possa ser concreto, é necessária a construção social do discente. Portanto, é imprescindível a utilização de instrumentos metodológicos que possam promover uma ação reflexiva e conectada com a realidade presente, tornando os processos mais conscientes e dinâmicos.

Desta forma, as metodologias ativas são *starters* para o avanço na reelaboração de novas práticas na formação do profissional enfermeiro de acordo com o seu princípio de formação plural descrito nas DCNs. (BRASIL,2018).

Logo, os docentes possuem a responsabilidade de utilizar estratégias metodológicas adequadas, acompanhando os objetivos pretendidos e estimulando a participação ativa dos estudantes a partir de problemas e situações reais ou situações que poderão vivenciar depois na vida profissional, de forma antecipada.

Um dos modelos interessantes pensados e que será apresentado nesse artigo como proposta de metodologia ativa, foi o recrutamento e seleção de candidatos como uma das atividades realizadas durante o internato em atenção terciária, nas atividades em gestão de pessoas.

Este exercício foi escolhido por configura-se um desafio para o profissional na prática diária e se não realizado de forma assertiva, gera inúmeros encargos, estresse e aumento do *turnover*.

O estágio supervisionado (denominado internato) do curso de enfermagem da FURB, é dividido em dois módulos: Internato em Atenção Terciária que ocorre na 9ª fase e o Internato em Atenção Básica: primária e secundária que acontece na 10ª fase. (FURB, 2020)

Vale lembrar, que o estágio curricular supervisionado é obrigatório na formação do enfermeiro nos dois últimos semestres e não exclui ou substitui outras atividades como os estágios não obrigatórios, aulas práticas supervisionadas desenvolvidas ao longo do curso em cenários diversificados (atenção básica, ambulatorial e hospitalar) e de laboratórios. (BRASIL, 2018)

Diante disto, o presente relato de experiência descreve a utilização de uma estratégia de ensino aprendizado com os acadêmicos do curso de enfermagem da FURB no internato, com o intuito de compartilhar conhecimentos e experiências na formação dos enfermeiros.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, elaborado no contexto da disciplina em Internato em Atenção Terciária (Estágio Supervisionado) ministrada no

nono período do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional de Blumenau- FURB.

Configuram-se como sujeitos deste estudo os estudantes que realizaram a disciplina do internato em atenção terciária no ano de 2018.

O local do estudo foi em dois hospitais de referência conveniados a universidade de Blumenau/ SC. Os estudantes foram divididos em dois grandes grupos entre os hospitais e subdivididos em duplas, para a realização dessa atividade. O período de internato contempla 450 horas sendo desenvolvidas atividades de assistência, gestão, ensino e pesquisa. Foram destinadas 90 horas para que as 4 etapas (perfil do candidato e divulgação da vaga, entrevista e avaliação, *feedback*, troca de hospital e integração) fossem concluídas. Participaram 20 alunos, no período segundo semestre de 2018. Todas as etapas foram apresentadas e discutidas no início do semestre e acompanhadas por um discente com o mínimo de interferência ao longo do processo. Anotações foram realizadas para discussão no grande grupo no final da atividade.

Para estruturação deste relato de experiência realizado pelos docentes foi analisado as anotações das vivências e experiências durante o acompanhamento do estágio. Os aspectos éticos foram respeitados durante todo o período da experiência.

DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO DE RECRUTAMENTO PELOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

O curso de enfermagem da Universidade Regional de Blumenau em seu último ano, realiza os estágios em atenção terciária (9ª fase) e atenção primária (10ª fase) denominados internatos. As atividades no ambiente hospitalar, acontecem em duas instituições de referência da cidade. Dentre as inúmeras propostas avaliativas realizadas, está o recrutamento e seleção de profissionais de enfermagem. A parte teórica ocorre em uma fase anterior, na disciplina de Fundamentos para Gestão.

Essa atividade foi pensada, pois os discentes mudam de hospital durante o semestre e essa permuta se concretiza através do recrutamento e seleção. Sendo que o candidato somente irá para o setor ou unidade desejada no outro hospital, se for aprovado.

No início do semestre, os discentes são divididos em dois grupos, um para cada hospital. A partir desses grupos, duplas ou trios são formados para a realização dessa prática num prazo de 40 dias em unidades de internações, supervisionados por um docente.

Todas as orientações são repassadas já na primeira semana de internato, com cronograma para as quatro fases da atividade e organização de cada momento. A primeira fase compreende o **perfil do candidato e divulgação da vaga**.

O perfil do candidato deve estar em consonância com o perfil epidemiológico da unidade pretendida, número de vagas disponíveis, endereço para envio de curriculum e datas para entrevista e recrutamento.

Os discentes divulgam o perfil do candidato, função, e cargo utilizando ambiente virtual de aprendizagem institucional -AVA, *WhatsApp* da turma do internato, e-mail e durante os encontros quinzenais em sala de aula, onde são discutidos os casos clínicos e gerenciais.

Os candidatos se inscrevem para as vagas disponíveis, enviam seus currículos e aguardam a data para a entrevista. Os candidatos podem se inscrever, em quantas vagas convier.

Após avaliação do curriculum as duplas formadas no início do semestre, iniciam a segunda fase, onde planejam a **entrevista e avaliação** do conhecimento do candidato, através de prova e dinâmicas. Utilizando para critérios de aprovação um roteiro pré-elaborado. As provas, dinâmicas e entrevistas são realizadas em salas de aulas da universidade em dias e horários pré-determinados no cronograma.

De posse dos resultados, passa para a terceira fase, a do **feedback**. Nessa fase, são chamados todos os candidatos inscritos para a vaga e comunicado a decisão quanto a escolha do(s) candidato(s), sendo a resposta positiva ou não.

Neste momento, podem ocorrer conflitos dos candidatos não selecionados ou mais de um candidato aprovado para o mesmo setor. Assim os discentes iniciam o processo de administração de conflito, de maneira que todos saiam ganhando.

A quarta fase dessa atividade é a **troca de hospital e a integração** do candidato. Nessa etapa, a troca de hospitais acontecem de forma organizada, ou seja, apenas um discente da dupla troca de hospital. O outro discente, faz o acolhimento, apresenta a unidade, rotinas da instituição e o planejamento das atividades elaboradas na unidade, para o recrutado. Todas as atividades são de responsabilidade e acompanhadas pelo discente que recrutou o candidato, pois trata-se de um período de adaptação e avaliação do colega nas atividades. Ao final do processo é realizada a avaliação de desempenho com critérios alinhados de acordo com a descrição do cargo, subsidiado por instrumento criado pelos discentes, com resultado de admissão ou não do recrutado.

Somente ao término dessa fase, é que o segundo candidato (da dupla) troca de hospital, sendo este então o recrutado, passando por todo o processo no outro hospital. O fechamento final da atividade é feito com toda a turma e com os docentes, onde são levantados pontos para a discussão e sugestões para melhoria da atividade.

REFERENCIAL TEÓRICO

Neste referencial teórico apresentamos alguns autores que abordam em suas pesquisas as temáticas de estágio, metodologia ativa e gestão de recursos humanos para subsidiar esse relato de experiência.

Na pedagogia tradicional é o professor que possui e transmite o conhecimento, sendo que atualmente novos desafios são identificados como as práticas educativas que assumam a construção do conhecimento como traço definidor da apropriação da informação e explicação da realidade, como as pedagogias renovadas (ALMEIDA; BATISTA, 2011).

Desta forma, o campo de estágio é um momento de processo aprendizagem e que permite a aplicação de metodologias ativas.

Segundo Esteves et al (2018), o estágio curricular supervisionado possibilita o desenvolvimento da raciocínio crítico, de habilidades de comunicação, liderança e tomada de decisões na prática do enfermeiro, sendo as metodologias ativas as principais escolhas nesta disciplina.

A metodologia ativa refere-se ao processo interativo de aquisição do conhecimento, onde o estudante passa de coadjuvante a protagonista na sua formação. (CHISTOFOLETTI, 2014).

Para o mesmo autor a formação dos docentes é centrada no método convencional de ensino e que através da capacitação destes, associada a políticas governamentais indutoras, que ampliar-se-á a prática da metodologia ativa nas diversas esferas de ensino. (CHISTOFOLETTI, 2014).

O período do estágio é um momento que o estudante está próximo do processo de trabalho da equipe de saúde e os docentes devem buscar conhecimentos sobre as metodologias ativas e aplicar nos estágios supervisionados do curso de enfermagem.

Na prática profissional observamos que o enfermeiro realiza o gerenciamento de pessoas nos serviços de saúde.

Para Peres et al. (2005), as atribuições dos serviços de gerenciamento de pessoas constituem em dimensionamento de pessoal, recrutamento e seleção de pessoal,

desenvolvimento de pessoal (educação continuada e permanente), avaliação de desempenho e processo demissional.

Lacombe e Heilborn (2011), descrevem que na contemporaneidade, a área de Gestão de Pessoas tem sido reconhecida como facilitadora estratégica para o alcance dos objetivos organizacionais. Uma das mais relevantes funções da área é a de recrutamento e seleção (R&S), por ser eficaz à sobrevivência das organizações. Estes são taxativos ao afirmar que o futuro das instituições depende de seu processo de seleção, comparando funcionários a “faróis na escuridão”.

Sendo assim, o processo de recrutamento e seleção nas empresas deve ser eficiente para selecionar profissionais capacitados, através de métodos inteligentes de escolha do colaborador, adequando-o a vaga pretendente ou disponível. Em algumas empresas o processo é feito de forma irregular, gerando custos desnecessários, perda de tempo e potencial. Dito isso quanto mais qualificado o profissional que participa do processo de recrutamento mais assertivo será na seleção dos profissionais, de acordo com a DCN o preparo inicia-se na formação do discente com metodologias apropriadas e reflexivas o profissional sentirá a necessidade de maior qualificação para a função. (CANALLI; ANDRADE, 2026).

Chiavenato (2009) descreve que “o Planejamento Pessoal é o processo de decisão a respeito dos recursos humanos necessários para atingir os objetivos organizacionais, em determinado período de tempo”. Com a afirmação do autor percebe-se a importância de desenvolver as competências do profissional do enfermeiro para que tenha êxito neste processo como boa comunicação, tomada de decisão, liderança, responsabilidade, empatia, criatividade e pro atividade.

Assim sendo, recrutamento é um processo organizacional que “seduz” talentos que se encontram no mercado de trabalho para participarem de um processo de seleção da empresa, tendo como finalidade atrair um número suficiente, e adequado à organização. Cabe lembrar que é uma via de mão dupla a empresa atrai os talentos bem como candidatos escolhem a empresa que almejam trabalhar.

O recrutamento pode ser considerado um processo de comunicação bilateral, que contempla tanto os interesses das organizações quanto dos candidatos. Os indivíduos sinalizam que são concorrentes habilidosos e, por isso, merecem ocupar o cargo em oferta, sempre buscando obter informações que lhes permitam compor (ou não) o quadro de profissionais efetivos na organização. Essa, por sua vez, deve ser identificada como um excelente ambiente para se trabalhar, tanto para atrair os candidatos numa seleção, como para aproveitar o momento e tentar extrair os valores potenciais desses candidatos. (MILKOVICH; BOUDREAU, 2000).

Nas instituições de saúde os enfermeiros participam ativamente da gestão de pessoas e atualmente enfrentam muitos desafios. Desta forma, devem buscar conhecimentos, habilidades e competências que permitam realizar com qualidade as atribuições do serviço de gerenciamento do pessoal de enfermagem realizando: dimensionamento de pessoal, recrutamento e seleção de pessoal de enfermagem, desenvolvimento de pessoal (educação permanente e continuada do pessoal de enfermagem), avaliação de desempenho e processo dimensional (FARAH, 2019).

O enfermeiro gestor do serviço de saúde nos diferentes cenários de atuação realiza a avaliação do desempenho. O processo de avaliação de desempenho profissional tem sido concebido como um importante recurso gerencial para a promoção do crescimento profissional e pessoal. Através da atividade de supervisão o enfermeiro realiza a avaliação de desempenho, pois pressupõe o acompanhamento constante do desempenho (PERES et al., 2010).

RESULTADOS

O uso das metodologias ativas como estratégias de ensino-aprendizagem, são ferramentas importantes para a motivação do discente, uma vez que o mesmo se depara com situações reais e passa a construir o seu próprio conhecimento, ressignificando assim suas descobertas.

Portanto, essas experiências são imprescindíveis para a formação do profissional enfermeiro enquanto processo de trabalho, uma vez que o cuidado é exercido por pessoas e esse requer, preferencialmente, profissionais bem capacitadas.

Diante desse cenário, torna-se importante essa visão do discente acerca do recrutamento e seleção de pessoas, uma vez que esse exercício não trata apenas de recrutar, mas sim, de desenvolver a capacidade na tomada de decisão, administração de conflitos, liderança e comunicação, como competências fundamentais para a atuação do enfermeiro.

Como atividade educativa, esta experiência proporcionou alguns relatos dos discentes:

[...] inicialmente me senti inseguro em direcionar o meu colega nas tomadas de decisões e delegar as atividades de rotina. Mas fui desenvolvendo e com o passar dos dias se tornou mais fácil. (A1)

[...] nunca imaginei que fosse tão complexo administrar conflitos com os seus recrutados e como é importante ter conhecimento teórico para lidar com a situação" (A2)

[...] tive necessidade de estudar mais, me atualizar para acompanhar os recrutados e poder avaliá-los. (A3)

Apesar das dificuldades relatadas, houve unanimidade nos relatos da importância da prática dessa atividade, pois ela envolve outras competência e habilidades direcionadas na relação com seus pares, ou seja, na forma de comunicação, posicionamento e autoconhecimento.

Finalizam, compreendendo o processo e sua importância, sentindo-se mais empoderados e menos dependentes do professor, pois essa prática é desenvolvida concomitante as demais e trouxe um panorama real do processo de trabalho de gestão e gerenciamento do cuidado de enfermagem.

CONCLUSÃO

A função da universidade é de preparar o discente não apenas para o mercado de trabalho, mas também para o mundo, no exercício da cidadania, senso crítico e desenvolvimento intelectual.

Dessa forma, o objetivo maior das metodologias ativas está em provocar o senso de reflexão no discente, de forma a superar a educação tradicional através do seu envolvimento, não escolhendo caminho ou proposta única, mas a adoção de um sistema que comungue diversas ações com ênfase no acompanhamento e ritmo de cada aluno.

O internato possui um significado singular para os discentes de enfermagem, possibilitando experiências diferenciadas na prática profissional e os docentes, possuem a responsabilidade de dinamizar e estimular as competências (conhecimento, habilidade e atitude) dos discentes, através do emprego de modelos diferenciados para a construção do conhecimento.

Por fim, concluímos que essa experiência exitosa contribui para o desenvolvimento dessas competências, por possibilitar a associação da teoria com a prática, desenvolver senso de responsabilidade, autonomia e amplia os horizontes das atribuições do enfermeiro na prática profissional.

REFERÊNCIAS

- 1-ALMEIDA, M. T.; BATISTA, N. A. Ser Docente em Métodos Ativos de Ensino-Aprendizado na Formação do Médico. Ver. Bras. Educ.med..Rio de Janeiro, v35, n.4.
- 2-BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 573, de 31 de janeiro de 2018. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em enfermagem. Diário Oficial da União. Brasília, 06 nov. 2018. Seção 1, p. 38
- 3-Chiavenato, I. Seleção de Pessoal. In _____ . Planejamento, Recrutamento e Seleção de Pessoal: como agregar talentos á empresa. 7 ed. rev e atual. Barueri: Manole, 2009, pg. 105 – 166.
- 4-CHRISTOFOLETTI, G. et al. Grau de satisfação discente frente à utilização de métodos ativos de aprendizagem em uma disciplina de Ética em saúde. Revista Eletrônica de Educação, v. 8, n. 2.
- 5-Esteves L.S.F et al. O estágio curricular supervisionado na graduação de enfermagem: revisão integrativa. Rev Bras Enferm REBEN [Internet]. 2018.
- 6-FARAH, F. B. Descrição e análise de cargos/recrutamento e seleção do pessoal de enfermagem. Universidade Federal de Juiz de Fora. Departamento de enfermagem. 2019.
- 7-FURB (Universidade Regional de Blumenau). Projeto Político Pedagógico do curso de Enfermagem FURB. 2020. Blumenau, SC.
- 8-LACOMBE, F. J. M. HEILBORN, G. L. J. Recursos Humanos: Princípios e Tendências. São Paulo: Saraiva, 2011.
- 9-LIMA, V.V.; PADILHA, Q.R. Fundamentos para o Desenvolvimento de Profissionais na Saúde. São Paulo: Atheneu, 2013.
- 10-MILKOVICH, G. T.; BOUDREAU, J. W. Administração de recursos humanos. São Paulo: Atlas, 2000.
- 11-MORÁN, Mudando a educação com metodologias ativas, [Coleção Mídias Contemporâneas. Convergências Midiáticas, Educação e Cidadania: aproximações jovens. Vol. II] Carlos Alberto de Souza e Ofelia Elisa Torres Morales (orgs.). PG: Foca Foto-PROEX/UEPG, 2015.
- 12-PERES, H.H.C.; LEITE, M.M.J.; GONÇALVES, V.L.M. Educação Continuada: recrutamento e seleção, treinamento e desenvolvimento e avaliação de desempenho profissional. IN: KURCGANT, P. Gerenciamento em Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
- 13-CANALLI, T; ANDRADE, P.F.E.Recrutamento interno: uma nova perspectiva sobre plano de carreira. Iturama (MG), v. 5, n. 3, p. 88-100, jan./jun. 2016.
- 14-SIQUEIRA, P.C.L.I; PRETOLINO, S.B.M.H. Modelo de Desenvolvimento de profissionais no Cuidado em Saúde. São Paulo: Atheneu, 2013.

Fabiane Pertille

Enfermeira. Mestre em Biociências e Saúde. Docente da
Universidade do Estado de Santa Catarina – Chapecó/SC
<http://lattes.cnpq.br/6125043010488123>

Bruna Nadaletti de Araújo

Enfermeira. Mestre em Educação. Docente na Universidade do
Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – Unijuí
<http://lattes.cnpq.br/3321896671339348>

Poliana Lopes Alves

Acadêmica de Enfermagem Universidade
Estado Santa Catarina – Chapecó/SC
<http://lattes.cnpq.br/6484549246854614>

Odila Migliorini da Silva

Enfermeira. Mestranda em Ciências da Saúde. Docente da
Universidade Federal da Fronteira Sul – Chapecó/SC
<http://lattes.cnpq.br/8667029619053059>

RESUMO

A interação humana é uma característica evidente no exercício laboral da enfermagem. A existência de conflitos pode ser compreendida como um processo cotidiano favorecido pela interação humana e apresenta como principais causas as divergências entre indivíduos. Ao observarmos o conflito como uma situação real e sabendo dos efeitos negativos que se instalam com a mesma, é vital que pensemos em condutas de identificação e resolução. Desse modo, a gestão de conflitos é imprescindível para assegurar o desempenho das atuações, visando à qualidade dos cuidados. Objetiva-se fomentar a importância do tema gestão conflito na enfermagem utilizando as mídias digitais como espaço de diálogo. Trata-se de um relato de experiência de natureza descritiva vivenciado durante atividades programadas de forma online desenvolvidas no mês de março 2020 vinculadas a um perfil público de uma profissional enfermeira que aborda liderança na enfermagem. A modalidade online foi escolhida de forma a atender as exigências e recomendações de cuidado pela pandemia do coronavírus. A atividade foi desenvolvida via Instagram e plataforma Google meet em momentos diferentes, vinculadas ao formato de lives e webaulas de uma Masterclass. No contexto atual, o exercício da liderança permeia as ações do enfermeiro, que frequentemente ocupa cargos de chefia nos serviços de saúde. compreende-se a liderança como a habilidade de influenciar sua equipe, visando alcançar objetivos compartilhados pelo grupo, tendo como finalidade central o atendimento das necessidades de saúde dos pacientes e suas famílias. As mídias digitais apresentam um modelo de ensino que agrega o contexto e as necessidades de aprendizagem da nova geração, que envolvem a internet e especialmente websites nos quais a maioria dos alunos tem claro interesse e habilidade.

Descritores: Enfermagem, Liderança, Mídias Digitais.

INTRODUÇÃO

A interação humana é uma característica evidente no exercício laboral da enfermagem ao percebermos a produção do cuidado de maneira ativa e inter-relacionada com outras áreas da saúde, partindo do pressuposto da necessidade de manter a visão holística do ser humano e de que estados de saúde doença são resultado da associação de diferentes determinantes e condicionantes de saúde, exigindo assim, a convergência de diferentes saberes para sua abordagem. Historicamente a categoria da enfermagem organizou-se como uma profissão de equipe, partilhada entre pessoas com diferentes níveis de formação e responsabilidades distintas, mas conectadas com o mesmo objetivo de trabalho, expressa na produção de um cuidado de enfermagem seguro e resolutivo em torno das necessidades do ser humano, família e/ou comunidade.

Os processos de trabalho na enfermagem assumem características singulares ao pensarmos na articulação existente entre a equipe de enfermagem (níveis de formação diferentes com responsabilidades profissionais específicas) acrescidos ao trabalho conjunto com equipes multidisciplinares (outros áreas formativas) envolvidos ativamente com o paciente e sua família (pessoas com outros níveis educacionais e necessidades de cuidado pontuais). Esta singularidade assume uma dimensão relacional expressiva que exige a adoção de comportamentos alinhados com as necessidades, responsabilidades e exigências de todos os envolvidos.

Ao problematizar esta exposição, fica claro o quanto profissional e socialmente a enfermagem é uma profissão exercida por pessoas, que interagem continuamente com pessoas, produzindo cuidado para outras pessoas. Ao pensarmos na estrutura formal e informal de produção do cuidado de enfermagem é necessário refletir nos processos relacionais envolvidos que se configuram e que neste cenário, em determinados momentos, pessoas e processos de trabalho articulam-se de maneira a gerar ou contribuir substancialmente para gerar situações conflituosas.

A existência de conflitos pode ser compreendida como um processo cotidiano favorecido pela interação humana, que apresenta como principais causas as divergências entre indivíduos, embora seja reconhecido a influência direta e/ou indireta de outras variáveis. O conflito pode ainda ser compreendido como a discordância interna ou externa que resulta de diferentes ideias, valores ou sentimentos entre duas ou mais pessoas (MARQUIS; HUSTON, 2015).

Ao pensarmos nos conflitos como situações passíveis de acontecer nas/pelas relações estabelecidas na enfermagem, destaca-se a importância de refinar o olhar para a temática, uma vez que esta, imprime desafios gerenciais e relacionais ao enfermeiro coordenador da equipe para com os envolvidos, exigindo seu imediato reconhecimento e intervenção de modo a minimizar os efeitos negativos. Os conflitos podem ainda ser compreendidos como qualquer situação de desentendimento que provoque a interrupção do trabalho em equipe, logo, não sendo identificado e solucionado, este causa inúmeros problemas no ambiente de trabalho, tais como: dificuldades nas relações interpessoais e déficit na assistência prestada. O conflito é algo comum ao ser humano e pode ser classificado como funcional – quando possibilita a criação de novas ideias e mudanças construtivas; ou disfuncional – quando motiva a violência ou estimula o afastamento daqueles que o percebem (CAMELO et al., 2016).

Compreender a dimensão do conflito quanto aos seus efeitos no ambiente de trabalho e nas relações das equipes e clientes, faz-se necessário pensar sobre as estratégias de enfrentamento e resolução do conflito, visto que a posição de liderança e gestão do serviço protagonizada pelo profissional enfermeiro será de grande valia para gerenciar o conflito, buscando sua resolutividade e minimização dos efeitos deletérios, e sempre que possível, perceber as sugestões de melhoria revelados pelo mesmo. Assim, a

função gerencial se apresenta como um instrumento que permite organizar o processo de trabalho tornando-o qualificado e produtivo, através de habilidades de negociação, administração e gestão do conflito como uma estratégia de liderança em enfermagem.

Ao profissional enfermeiro cabe a tarefa de mediar e resolver conflitos, sendo necessário ainda que este, negocie com as diversas categorias profissionais a fim de garantir resoluções assertivas, sendo capaz de coordenar sua equipe, não apenas delegando tarefas, mas, também, conhecendo cada colaborador de maneira individual levando em consideração as suas particularidades, para assim evitar a ocorrência de conflitos, além de seguir os preceitos éticos e legais, bem como dispor de conhecimento e sensibilidade para tomar decisões eficazes (OLIVEIRA *et al.*, 2018; CAMELO *et al.*, 2016).

A lógica se instala ao constatar que uma vez que não posso impedir a ocorrência do conflito, deve-se canalizar energia em administrá-lo. Para tanto, é fundamental o desenvolvimento das habilidades técnicas e relacionais do enfermeiro e demais profissionais de enfermagem a fim de prezar para que a existência de conflitos não interfira na prestação de uma assistência adequada aos pacientes. Por isso, esforços ainda no processo formativo devem ser dirigidos para permitir a identificação, análise e condução de situações negativas no trabalho, de modo a torná-la uma situação positiva que impulse e motive a equipe liderada e possibilite o crescimento dos membros e da instituição, além da manutenção dos preceitos éticos legais da profissão.

Desse modo, a gestão de conflitos é imprescindível para assegurar o desempenho profissional visando à qualidade dos cuidados. Para tanto, o enfermeiro deve possuir e desenvolver continuamente as habilidades para realizar atividades coordenadas e fundamentadas nas ciências do cuidado, assim como competências que o auxiliem no gerenciamento dos conflitos, tais como: poder de persuasão, aptidão, atitude, autonomia, boa interpretação e análise crítica dos fatos, visão estratégica, senso de justiça, flexibilidade, criatividade e compromisso.

Consequentemente, o enfermeiro gestor conseguirá resolver os conflitos que surgirem na unidade, da melhor maneira possível, pois, as competências gerenciais são necessárias em todos os processos de trabalho deste profissional sendo sua função liderar, instruir e gerenciar para que o ambiente de trabalho se torne propício para obter uma boa relação entre os colaboradores.

Sabe-se que não há como determinar protocolos para a resolução de conflitos, pois cada pessoa pode ser considerada um universo diferente com suas peculiaridades e, cada situação conflituosa possui elementos específicos, mas é necessário priorizar as boas relações interpessoais para que o convívio não se torne conflituoso e provoque consequências no atendimento aos pacientes. Para isso pode-se contar com ferramentas que são utilizadas para auxiliar na resolutividade da situação e a constante capacitação pessoal através das tecnologias de informação e mídias digitais.

Considerando as estratégias de enfrentamento, é necessário pensar nas principais causas atribuídas aos conflitos. Na área da saúde, sobretudo na enfermagem, as relações humanas são altamente importantes e nesse âmbito é perceptível a existência de várias causas de conflitos, tais como: a dificuldade na aceitação da hierarquia, a falta de motivação e reconhecimento profissional, a ausência de trabalho em equipe, a sobrecarga das atividades, a precariedade das condições de infraestrutura e recursos materiais por meio da instituição, bem como o excesso de estresse no ambiente. Todos esses aspectos ocasionam um déficit na assistência prestada, desarmonia no setor de trabalho e, ainda, dificultam a rotina do setor (CAMELO *et al.*, 2016).

Assim sendo, é necessário métodos e formas de ensino que possibilitem instrumentalizar os futuros e atuais enfermeiros gestores no seu processo de autoconhecimento e formação da capacidade de liderança. Devido ao atual cenário da sociedade, pode-se evidenciar novas demandas em relação ao modo de pensar, agir, de

se relacionar socialmente e adquirir conhecimentos, propiciando um ambiente adequado para inserção do saber através das mídias digitais.

No âmbito do ensino de Enfermagem, a adoção de tecnologias de informação e comunicação contribui para redefinir e transformar a educação à medida que amplia a experiência de sala de aula, possibilitando recursos e oportunidades de aprendizagem que sensibiliza e instrumentaliza para o trabalho em saúde. A geração atual é composta de nativos digitais que vivem conectados e totalmente integrados à tecnologia, assim se faz imprescindível compreender as preferências do ambiente de estudo mais interessante, motivador e eficaz, sendo essencial identificar e eleger melhores práticas de aprendizagem a fim de incentivar o desenvolvimento das capacidades de gestão (FRANZOI; SILVEIRA, 2018).

Outro aspecto importante é o fato de que vivemos em uma sociedade cuja tecnologia avança continuamente, não sendo possível retroceder ou desprezar o potencial pedagógico que as tecnologias e mídias digitais apresentam quando incorporadas à educação. Salienta-se que a utilização das tecnologias e mídias digitais pode ocorrer de forma a potencializar e dinamizar os processos de ensino.

Frente ao exposto, objetiva-se fomentar a importância do tema gestão conflito na enfermagem utilizando as mídias digitais como espaço de diálogo e educação sobre o tema.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência de natureza descritiva vivenciado durante atividades programadas de forma online desenvolvidas no mês de março 2020 vinculadas a um perfil público de uma profissional enfermeira empreendedora que aborda liderança na enfermagem. A modalidade online foi escolhida de forma a atender as exigências e recomendações de cuidado pela pandemia Coronavírus e, também pelo espaço digital apresentar-se como oportuno para a socialização de saberes no entendimento dos autores.

Dentre as atividades realizadas, a temática de gestão de conflitos foi abordada com ênfase devido ser um tema que desperta interesse e curiosidade pelos seguidores que em sua maioria são estudantes e/ou profissionais de enfermagem ao compreenderem a relevância deste para a prática profissional.

Fundamentada na compreensão da necessidade de explorar o tema e gerar sensibilização para o aprendizado do mesmo, a atividade foi desenvolvida via Instagram no formato de duas lives com duração estimada de 60 minutos cada com 143 participantes no total, e web aulas realizadas na plataforma Google Meet com duração de 120 minutos com 12 participantes, integrantes de uma Masterclass de enfermagem. Dentre a temática de gestão de conflitos foram estudados assuntos como conceito, tipos conflitos, estágios, estratégias de enfrentamento, além da socialização de experiências e situações problemas para resolver.

RESULTADOS

Os resultados aqui apresentados visam contribuir para fomentar discussões e reflexões sobre o tema, sem possuir a pretensão de esgotar o assunto, ou atribuir como único as informações apresentadas. A abordagem de gestão de conflitos na enfermagem é uma temática constante nas discussões gerenciais e desafios profissionais, datada de muito tempo, mas que ainda emite um tom atual aos profissionais. Abordar o tema gestão de conflitos desperta continuamente a necessidade aprender sobre o mesmo, pois sua abordagem não pode ser feita de forma inanimada, visto que os elementos que constituem o conflito são dinâmicos e envolvem a dimensão relacional de maneira enfática.

Cada conflito é resultado da arquitetura de diferentes elementos com sua intensidade e motivação específica, ou seja, cada situação conflituosa requer uma abordagem personalizada não podendo ser tratado como situação padrão que ao seguir passo A combinado com passo B, será resolvido de imediato com 100% garantia de não haver efeitos colaterais. Não há uma fórmula mágica para estes desafios pois a complexidade que cerca os conflitos são fomentados pelo fator humano, pois cada indivíduo possui seu sistema de valores, aspirações e padrão comportamento. Mesmo que haja a ocorrência de conflitos que apresentem certo padrão de elementos comuns, ainda assim, cada conflito deve ser considerado de forma única.

No entanto, ao explorar continuamente o tema em busca de maior compreensão e habilidades atitudinais para seu enfrentamento, cria-se o movimento de crescer novos pontos de vista com outros elementos que se desvelam e que outrora passaram despercebidos, além da contextualização de informações e ainda, ampliação das possibilidades de enfrentamento, sem esgotar o assunto.

Um dos pontos mais relevantes das atividades mencionadas, foi embasado na conceituação dos tipos de conflitos e suas aplicabilidades para o cenário de atuação da enfermagem, seguidos dos estágios de conflito como uma estratégia de gestão voltada para identificação, diagnóstico e intervenção na esfera da liderança.

O conflito intrapessoal é um acontecimento pessoal, interno, íntimo da pessoa. É algo que ela vivencia na sua particularidade que está fomentado por alguma questão externa que afeta diretamente seu conjunto de valores e crenças. No âmbito profissional este tipo de conflito pode ser percebido em enfermeiros que possuem dificuldade de externalizar seu sistema de valores ou percebem que os mesmos apresentam distanciamento dos valores organizacionais (ou vice-versa) ou ainda se apresentar como consequência das múltiplas áreas de responsabilidade associadas ao seu papel (MARQUIS; HUSTON, 2015).

Outro tipo de conflito destacado na literatura é o conflito interpessoal, facilmente compreendido pelo termo que o designa. Comumente é o que acontece entre duas ou mais pessoas que possuem sistema valores e comportamentos heterogêneos. Este tipo de conflito também pode ser nutrido por aspectos organizacionais como bullying, descortesia e formação de panelinhas. Por fim, temos o conflito intergrupar que acontece entre pessoas que estão divididos entre si por algum motivo ou circunstância (MARQUIS; HUSTON, 2015).

Reconhecer o tipo de conflito que se apresenta é uma etapa importante para fazer a gestão de mesmo, pois uma vez caracterizado o tipo de conflito, começam a ser desenhadas as demais etapas para seu enfrentamento, pois a todo conflito deve-se interpor uma estratégia de reconhecimento e ação. Não mobilizar esforços para compreender o conflito pode culminar na seleção da estratégia equivocada ou no fortalecimento do efeito negativo do mesmo, bem como colaborar indiretamente para que ele se propague.

O conflito visto como um fato (expressivo, público e demonstrado pelas pessoas) pode ser interpretado como uma sequência de acontecimentos ou etapas que vão incluindo elementos, situações e comportamentos. Há estes detalhes, o enfermeiro líder deve dedicar sua atenção, pois cada estágio do conflito vai requerer uma ação específica.

Os conflitos podem ser compreendidos como um evento que se dá por conta de um processo. O primeiro estágio é conhecido como conflito latente, situação onde não há o conflito instalado, mas as condições para sua ocorrência são reais. Implica em condições para o mesmo. Podem ser listadas inúmeras situações como exemplos tanto de ordem administrativa, organizacional ou relacional ou ainda, de forma combinada. Caso o conflito progrida, o segundo estágio conhecido como conflito percebido será instalado. Nesta etapa o conflito é compreendido pelos envolvidos, é como se ele fosse reconhecido de forma lógica. Envolve questões específicas e papéis dos envolvidos.

Seguindo as etapas da sua consolidação, chegamos ao terceiro estágio, entendido como conflito sentido. Até aqui a situação conflituosa teve influência de contexto e fatores de trabalho além da compreensão lógica dos envolvidos e neste estágio, recebe a influência de emoções geralmente negativas, como hostilidade, desconfiança e raiva.

Acrescido das emoções, o conflito ganha ênfase e começa a externalizar efeitos deletérios, que combinado com o quarto estágio, conflito manifesto, é percebido nos envolvidos através de ações que podem ser diferentes maneiras, como retraimento, competição e outros. Há demonstração clara da existência de um conflito. Por fim, o estágio final pode ser chamado de estágio latente ou pós conflito, onde as estratégias de enfrentamento serão necessárias seguidas de avaliação do efeito residual do conflito além da presença de efeito negativo ou positivo sobre o ambiente e envolvidos. (MARQUIS/HUSTON, 2015)

Os estágios de um conflito podem por si próprios serem pensados como estratégias de gestão que permitem o reconhecimento de uma situação com potencial para ser conflituosa e/ou uma situação já instalada. Em cada estágio, é possível desenhar ações de enfrentamento com o foco de interpretar e resolver a situação.

Perceber uma situação de conflito e não atuar sobre a mesma, é negligenciar a autoridade profissional do enfermeiro, contribuindo para que o conflito ganhe força e território tornando-se uma situação mais difícil de resolver. Certamente, este comportamento não é o indicado, visto que os enfermeiros possuem autoridade profissional e conhecimento para atuar frente a isso.

Faz-se necessário mencionar que fazer a gestão de conflitos não é construída em forma de guia aplicável a todas as situações através de uma sequência única de ações. Perceba que a mesma situação conflituosa quando acontece em diferentes equipes, certamente apresentará fatores diferenciados que vão exigir reflexões e posicionamentos apropriados. Sempre importante mencionar que as pessoas envolvidas nos conflitos possuem seu próprio conjunto de valores, crenças e objetivos organizacionais.

Outro enfoque da atividade se deu através da exposição e reflexão das estratégias de abordagem do conflito, devido ao entendimento pessoal de que precisamos nos desenvolver quanto a gestão de pessoas, perfil comportamental, soft skills, além de outras habilidades de liderança.

Sendo assim, o gerenciamento de conflitos consiste na forma de administração destes, podendo ser contornados por meio de quatro estratégias: acomodação, que consiste em harmonizar a situação e encobrir os problemas, mantendo uma aparente relação saudável mas que tem por tendência ressurgir ainda mais complicada; a dominação quando o exercício do poder é levado ao extremo e a forte mais forte age com imposição; a barganha, na qual cada parte cede um pouco, renunciando os pontos menos importantes e renegociando em outras situações e a solução integrativa dos conflitos que tem por finalidade satisfazer as exigências de ambas as partes, por meio da busca de soluções alternativas, escolhendo-se a alternativa mais favorável a ambos (AMESTOY *et al.*, 2014).

Durante as atividades, foi exposto como relato vivencial algumas ações adotadas por enfermeiros para resolver esta questão, dentre todas, ficou evidente a adoção de uma abordagem direta, franca e com as pessoas envolvidas. Como fomento para esta abordagem, utilizou-se da busca prévia de informações sobre a situação conflituosa, ou seja, conhecer em detalhes tudo que é pertinente ao conflito para poder entender sua causa e consequência, bem como para ajudar a desenhar a estratégia de mediação e resolução. Estas informações foram ampliadas quando as partes envolvidas, descreveram seus pontos de vista e motivações para o conflito, sendo possível aqui, instigar o porquê do conflito e as consequências do mesmo para a equipe, paciente ou processo de trabalho.

A mediação de conflitos com a proposição de ações para resolvê-lo não consiste em uma tarefa simples. Exige do enfermeiro, atitudes, habilidades e competências que

extrapolam as informações científicas, pois serão necessários comportamentos de negociação, persuasão, comunicação assertiva, empatia e tomada de decisão. Portanto, a habilidade para gerenciar conflitos é uma competência que se aprimora com a prática profissional, e que precisa ser incorporada desde a formação profissional.

Durante o processo formativo do enfermeiro, em diferentes momentos teóricos e/ou práticos a temática de gestão de conflitos é abordada como uma atividade gerencial e um comportamento de liderança pois diferentes práticas pedagógicas contribuem para elucidação deste tema. O que presenciamos atualmente são mudanças nos canais de comunicação como estratégias para debater assuntos de ordem educativa profissional. A produção e socialização de saberes na sociedade atual tem se transformado para acompanhar a tendência globalizada e digital do conhecimento. Muitas informações simultâneas com acesso facilitado em lugares distintos, é um exemplo vivo de como as pessoas produzem e absorvem conhecimento.

Nesse sentido, para que essa renovação seja possível, mesmo em níveis sutis, é imprescindível, por parte dos professores, a adequação a esta nova realidade a qual se difere bastante da que se viveu outrora e isso, é claro, exige tempo, trabalho e dedicação. A globalização acrescida das exigências da geração digital favorece a adoção de novas modalidades de socialização do saber, que em decorrência do cenário atual de pandemia foram vislumbradas como opções viáveis.

Além do mais, a aplicação de métodos pedagógicos inovadores que estimulem os alunos a criar e a desenvolver o conhecimento científico e reflexivo é constantemente requisitada. Faz-se pertinente considerar a utilização de estratégias de aproximação com os estudantes, especialmente com os mais jovens, nascidos a partir de meados da década de 1990, que estão, atualmente nas universidades. Para este grupo de estudantes, denominado de Geração Z, é essencial novos métodos de ensino pois estão constantemente conectados através de dispositivos portáteis exigindo propostas de ensino que permitam a utilização das tecnologias on-line de forma pedagógica.

Não cabe aqui enfatizar as redes sociais e/ou plataformas digitais como únicas estratégias de ensino ou como aquelas que devem ser escolhidas em detrimento ao formato presencial ou a outros métodos de ensino aprendizagem, mas fica a reflexão de como as pessoas absorvem conhecimento na atualidade e, quais são as fontes de busca por elas utilizadas. Com isso, convém pensar que a utilização das tecnologias por parte dos professores pode ser bem-vinda, especialmente quando direcionadas para o corpo discente para gerar otimização dos conteúdos, pois quanto mais estratégias pedagógicas diferenciadas forem ofertadas aos estudantes, maiores serão as chances deles se aproximarem das mesmas e incorporá-las a uma rotina de estudos.

São exemplos notórios dessas tecnologias supracitadas as interfaces digitais. Redes sociais e canais virtuais de vídeos são extensamente utilizados pela população, inclusive a universitária, o que dá ao professor possibilidades extras de comunicação com o aluno. O compartilhamento de informações e videoaulas é de acesso fácil e atrativo para a maioria dos estudantes e estas podem ser ferramentas poderosas no processo de ensino-aprendizagem (QUINTANILHA, 2017).

A incorporação das redes digitais para ensino de conhecimentos específicos na enfermagem, requer cautela no seu uso, respeito as prerrogativas profissionais e valorização do caminho pedagógico desenhado até o momento, visto que a educação é um universo aproximado da enfermagem. O fato é que o consumo de informações por estes meios tornou-se uma facilidade indiscutível e apreciada pela maioria das pessoas, mas que exige a seleção cautelosa do conteúdo a ser difundido.

Assim sendo, utilizar as redes sociais ou plataformas que permitam o diálogo sobre temas específicos vem se mostrando uma estratégia com boa aceitação. O Instagram, criado por Kevin Systrom e Mike Krieger, lançado em outubro de 2010, funciona como

ferramenta digital e representa um grande apoio didático, pois sua potencialidade é observada ao se tratar de uma mídia social que cria oportunidades para a publicação de textos e vídeos, além das difundidas “lives” que oportunizam a partilha de conhecimento em tempo real, assim como interação, colaboração, trocas e aprendizagem em comum (BARBOSA *et al.*, 2017). Ainda no feed é possível interagir com as fotos e vídeos de outras pessoas por meio de curtidas ou comentários e mencionar ou realizar buscas por meio de #hashtags.

Na era da globalização onde o aluno assume um papel autodidata em relação a sua formação, e pode ser considerado um ávido consumidor da informação digital, é perceptível como os perfis do Instagram de muitos profissionais de enfermagem visam a difusão de conhecimentos na área profissional. Além desses benefícios, o Instagram possibilita a redefinição dos papéis de aluno e professor, pois os próprios aprendentes, de forma gradual, passaram a criar as suas ideias para as atividades escritas, demonstrando a formação de autonomia do aluno.

Também existem vantagens no uso do Instagram, como a possibilidade de usar hashtags criando uma rede para produção de conhecimento entre as diferentes turmas, pessoas, profissionais e participantes. Enfim, compreendemos que o média social Instagram, como ferramenta didática, possa ampliar a aprendizagem para além da sala de aula, a partir do incentivo à criatividade dos nossos discentes por meio de tarefas motivadoras e da criação de grupos parceiros (BARBOSA *et al.*, 2017).

Outro recurso digital é o formato de aula por Masterclass, utilizando uma plataforma online que combinada com técnicas de ensino permitem organizar o ambiente de ensino. A expressão Masterclass é normalmente usada para classificar uma aula dada por um especialista detentor de notório saber em determinada área do conhecimento, esse modelo de aprendizagem causa grande impacto, aumentando o comprometimento com as aulas e atividades, e conseqüentemente os resultados.

As redes sociais e plataformas digitais facilitam a comunicação entre as pessoas, difundem conhecimentos de maneira rápida e sem limites geográficos, além de permitir conexão com as pessoas que vivenciam desafios comuns. Utilizar destes canais para aprender sobre gestão de conflitos na enfermagem pode ser considerado uma estratégia oportuna para fortalecer o diálogo envolto ao tema, sensibilizar estudantes e profissionais assim como compartilhar experiências exitosas. A educação não pode ignorar essas mudanças sociais e precisa constantemente aliar o conhecimento com os aspectos da vida do aluno, sendo necessário incluir as redes sociais na educação, pensando em como as novas tecnologias podem ser usadas como apoio no incentivo do ensino.

CONCLUSÃO

Os profissionais de enfermagem estão constantemente expostos a situações relacionais e laborais que favorecem a ocorrência do conflito, e por isto, devem estar instruídos para seu enfrentamento e resolução. Abordar este assunto é uma proposta sempre atual quer seja no espaço formativo ou no ambiente de trabalho e a utilização de mídias digitais pode ser percebida como um canal de comunicação oportuno e prático para dialogar sobre o tema, além de gerar e difundir informações sobre o mesmo.

O enfermeiro necessita estar preparado para assumir seu papel de líder, representando uma condição básica para alcançar transformações no trabalho, conciliando as metas das organizações com as prioridades da equipe de enfermagem e como tal, deverá estar preparado para lidar com situações conflituosas que se apresentam como um desafio profissional. Soma-se a isso, o fato de que as mídias digitais apresentam uma potencialidade pedagógica que agrega o contexto e as necessidades de aprendizagem da nova geração.

Ao utilizar o Instagram e a masterclass como estratégias de ensino por meio de ambientes de fácil aprendizagem, com ampla divulgação e participação simultânea de várias pessoas, distribuídas geograficamente de forma distinta, mas com objetivos em comum, foi possível ampliar a discussão sobre gestão de conflitos na enfermagem de forma coesa e criativa. Portanto, observa-se que as mídias digitais constituem-se como fortes aliados no processo de ensino e aprendizagem da enfermagem.

CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM

As mídias sociais são plataformas cujo objetivo é conectar pessoas e compartilhar informações entre elas, de caráter profissional, profissional ou comercial, possibilitando uma comunicação interativa entre as pessoas. Apresentam-se como canal de comunicação com o público externo, é utilizada para divulgar atualizações sobre atividades, e compartilhamento de informações. As mídias digitais promovem o engajamento do público, e traz benefícios para a organização.

Discutir sobre gestão de conflitos facilita o desenvolvimento e organização do trabalho em uma perspectiva técnico-política, qualificando os processos produtivos. O enfermeiro assume papel importante nos serviços de saúde, inclusive no âmbito hospitalar, sendo responsável pela gestão dos serviços bem como atividades administrativas, assistenciais, e ensino e pesquisa, objetivando qualificar a assistência. A liderança é uma competência essencial para o trabalho, do enfermeiro, pois favorece o desenvolvimento do trabalho em equipe e contribui para a qualificação dos serviços. Falar sobre gestão de conflitos contribui para qualificar o trabalho do enfermeiro, trabalho esse que envolve liderança, relacionamento interpessoal, comunicação eficaz, levando a uma adequada administração dos conflitos, favorecendo o trabalho em equipe.

O enfermeiro além dos conhecimentos científicos, precisa saber lidar com as pessoas e suas diferenças, e utilizar o conflito de forma positiva favorece seu crescimento e o amadurecimento da sua equipe. Além disso, precisa ser imparcial, flexível, e reconhecer as qualidades dos seus colaboradores. Os conflitos impactam diretamente na assistência ao paciente, e por isso é um grande desafio para o enfermeiro aprender a lidar com os conflitos, pois podem trazer grandes conseqüências, sendo elas positivas ou negativas. Assim o enfermeiro deve se preparar para a sua função de gestor, para que saiba agir diante das dificuldades, promovendo a excelência do serviço prestado pela sua equipe.

REFERÊNCIAS

AMESTOY, Simone Coelho *et al.* Conflict management: challenges experienced by nurse-leaders in the hospital environment. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v. 35, n. 2, p. 79-85, jun. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.02.40155>.

BARBOSA, Cláudia *et al.* Utilização do Instagram no ensino e aprendizagem de português língua estrangeira por alunos chineses na Universidade de Aveiro. **Relatec: Revista Latinoamericana de Tecnología Educativa**, Aveiro, v. 1, n. 1, p. 21-33, jun. 2017.

CAMELO, Silvia Helena Henriques *et al.* Enfermeiros gerentes de um hospital de ensino: formação profissional, responsabilidades e desafios. **Revista Enfermagem Uerj**, [s.l.], v. 24, n. 3, p. 1-6, 27 jun. 2016. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.11637>.

FRANZOI, Mariana André Honorato; SILVEIRA, Aline Oliveria. Digital information and communication technologies in nursing undergraduate: report of a pedagogical activity. **Reme**: Revista Mineira de Enfermagem, [s.l.], v. 22, 2018.

OLIVEIRA, Edna Silva de *et al.* A gestão de conflitos: desafio na prática gerencial do enfermeiro. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, Aracaju, v. 7, n. 3, p. 123-138, abr. 2018.

QUINTANILHA, Luiz Fernando. Inovação pedagógica universitária mediada pelo Facebook e YouTube: uma experiência de ensino-aprendizagem direcionado à geração-z. **Educar em Revista**, [s.l.], n. 65, p. 249-263, set. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-4060.50027>.

SILVA, Mariana Pereira *et al.* Relacionamento interpessoal da equipe de enfermagem: fragilidades e fortalezas [interpersonal relations among nursing staf. **Revista Enfermagem Uerj**, [s.l.], v. 24, n. 5, p. 1-5, 31 out. 2016. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.7657>.

Elton Hoeltgebaum de Almeida Correa

Graduando em Enfermagem pela UFMT/CUR
eltonhoeltgebaum@gmail.com

Janessa Carolina Dalla Cört

Graduanda em Enfermagem pela UFMT/CUR
janessacdallacort@gmail.com

Ludmila Morais Calixto

Enfermeira, Mestre em Educação
ludy.morais03@gmail.com

RESUMO

Historicamente a Enfermagem sofreu processo de desvalorização social. Em contraponto a esse contexto histórico, ascende a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), a primeira entidade representativa da categoria no Brasil, protagonizando o desenvolvimento de ensino e pesquisa em enfermagem, do exercício profissional e dos movimentos sociais com eixo na luta pela saúde. Para além disso, o autoconhecimento, a segurança e a realização profissional são elementares para valorização da profissão. Assim, a presente pesquisa objetiva destacar a atuação histórico-social da ABEn para a valorização da Enfermagem, centrando nossas atenções em um estudo documental com dados coletados no mês de junho de 2018, na base de dados LILACS, BDENF, MEDLINE. Os critérios de inclusão aplicados foram de textos completos disponíveis em língua portuguesa, e o Brasil foi escolhido como país de assunto. Outro recurso disposto foi o operador booleano “AND”. Vinte e quatro artigos e um editorial foram contemplados na pesquisa. Observou-se que a ABEn tem contribuído para consolidação da profissão, construindo seu legado por meio da promoção da CBEn, Semana Brasileira de Enfermagem, instituição da REBEn, do Informativo ABEn, Jornal Brasileiro de Enfermagem, entre outras ações e conquistas como a implantação do sistema COFEN e reivindicações trabalhistas. O resgate da memória e identidade da profissão são imprescindíveis ao empoderamento e formação política, que leva por consequência à valorização do enfermeiro, como tem feito ABEn. A pesquisa aponta a necessidade de maior envolvimento dos profissionais de Enfermagem com suas entidades representativas, recorrendo à instauração de legislação o que contemple as necessidades de respeito e valorização à mesma.

DESCRITORES: Sociedades de Enfermagem; História e Enfermagem.

INTRODUÇÃO

Historicamente a Enfermagem sofreu um processo de desvalorização social e diante desse fato, no Brasil a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) protagonizou o

desenvolvimento de ensino e pesquisa em enfermagem, do exercício profissional e dos movimentos sociais com eixo na luta pela saúde.

A ciência Enfermagem tem procedência no cuidado, é desse lugar que provém a profissão, considerando também a dimensão ontológica do ser humano, ou seja, faz parte da essência e a constitui.

Tal ciência origina-se no sistema patriarcal e sua hegemonia, onde é possível observar, com raras exceções, a dominação do homem adulto (pai) sobre mulheres e crianças (mãe e prole), estabelecendo ao gênero feminino um papel social secundário. Nesse cenário, por deter a capacidade de gerar outro sujeito, é atribuído a genitora a obrigação de manutenção de seus descendentes. Além dessa incumbência, é delegado às mulheres o cargo de cuidadora de suas famílias.

A Enfermagem foi estabelecida profissionalmente no Brasil em 1890, com o Decreto Federal 791(1) que institui a primeira escola de Enfermagem brasileira, Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, no Hospício Nacional de Alienados, Rio de Janeiro, atual escola de Enfermagem Alfredo Pinto, na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio)(2). Contudo, a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública também no Rio de Janeiro, atual Escola de Enfermagem Anna Nery na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), é reconhecida na literatura como primeira escola de Enfermagem fundada no Brasil em 1923, tida como modelo para as demais(3), isso porque é a primeira a atender os moldes nightingaleanos(2) e é essa instituição a manjedoura da ABEn.

Fundada em 1926 pelo primeiro grupo de enfermeiras formadas na atual escola Anna Nery, a organização recebeu o nome de Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas (ANED) e com seu desenvolvimento sofreu modificações: Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas Brasileiras (ANEDB), em 1929; Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas (ABED), em 1944; Associação Brasileira de Enfermagem, em 1954, que permanece até a atualidade(4). Nesse contexto, a Enfermagem brasileira consolidava seus primeiros passos e havia carência de uma entidade representativa e de defesa dos interesses da categoria, essa era a expectativa contida na criação da Associação(4).

A ABEn foi responsável pela construção da história da Enfermagem brasileira, pautada na seriedade em transmitir a todos a imagem do “ser enfermeira”. Contudo, é necessário ressaltar o papel da sociedade e dos profissionais nesta construção. O exercício da profissão, muitas vezes, é conceituado com alguns pesares: a autonomia insuficiente para o gerenciamento do cuidado, a falta de percepção acerca da identidade profissional, a dificuldade no reconhecimento do trabalho e a ausência da valorização profissional. Além destas barreiras, é notória a precariedade nas condições de trabalho, evidenciadas pelas estruturas inadequadas da maioria dos serviços de saúde, a falta constante de insumos necessários, a excessiva carga horária semanal e demais dificuldades encontradas no dia-a-dia da realidade da Enfermagem, que tornam frequentes as questões desmotivacionais à uma assistência de excelência.

A importância dos estudos históricos em Enfermagem tem-se evidenciado, nas últimas décadas, não apenas pelo crescente número de trabalhos nesse campo, mas também pela necessidade de se repensar a atuação profissional em sua interface com o contexto social(5).

Este estudo tem como objetivo destacar a atuação histórico-social da ABEn na qualidade da formação em Enfermagem de maneira técnico científica, com o pretexto de evidenciar os recursos que contribuíram para a valorização da profissão, tendo em vista o cenário social que estereotipava erroneamente a enfermeira, colaborando para sua desvalorização.

MÉTODO DE ESTUDO

Este trabalho foi construído a partir de um estudo documental, no qual os dados obtidos são estritamente provenientes de documentos, com o efeito de extrair informações neles contidos, a fim de compreender um fenômeno. É um procedimento que se utiliza de métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos. É também caracterizado como documental quando essa for a única abordagem qualitativa, sendo usada como método autônomo. Todavia, também é possível utilizar documentos e análises de documentos como estratégias complementares a outros métodos(6).

Assim, este estudo documental foi desenvolvido com dados coletados no mês de junho de 2018, na base de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de Dados em Enfermagem - Bibliografia Brasileira (BDENF) e Scientific Eletronic Library Online (SciELO), utilizando os descritores em saúde: Sociedades de Enfermagem; História e Enfermagem, com o recurso de operador booleano "AND".

Inicialmente, para os critérios de inclusão aplicados foram utilizados textos completos disponíveis em língua portuguesa, com data de publicação nos últimos dez anos, a partir de 2008. Os critérios de exclusão ocorreram seguidos aos de inclusão, excluindo os textos que não abordavam a temática de pesquisa. Na terceira etapa, os resumos dos textos foram avaliados e por fim os textos completos, resultando em um total de vinte e quatro artigos e um editorial.

RESULTADOS OBSERVADOS

Com os achados da pesquisa, observou-se a trajetória de contribuição da ABEn para a consolidação e desenvolvimento da Enfermagem brasileira, e conseqüente valorização profissional. Outrossim, destaca-se o papel do enfermeiro na soma à luta para valorização da profissão.

A ABEn tem atuado nas mais diferentes formas, e nesse percurso de noventa e dois anos de existência colecionou inúmeras conquistas. Ao descrever sua história torna-se infactível não associá-la a história da Enfermagem brasileira. Em seu curso, a associação tem registrado muitas necessidades da Enfermagem, como a preservação da memória da profissão, as lutas sindicais, o progresso no ensino de enfermagem, a atuação internacional, impulsionar a produção de conhecimento científico, a promoção de eventos, a instituição dos Conselhos e regulamentação em Enfermagem, a contribuição no Código de Ética, o transmitir notícias, política e cultura, entre tantas outras, apresentadas no decorrer dos resultados, concebendo uma reconstrução histórico-social do legado da ABEn.

Legado histórico-social da ABEn

A ABEn é a instituição pioneira na Enfermagem brasileira, sendo a única por quase 50 anos(7), intimamente ligada à Escola Anna Nery, foi a primeira a representar e defender os interesses da profissão, pautando a Enfermagem como prática social. Atualmente consolida-se como um dos mais fortes movimentos sociais na área da saúde, com caráter político, científico e cultural, associativo e sem fins lucrativos. Na atualidade as Seções, Regionais e Núcleos de cada estado compõe a Rede Nacional ABEn (8).

Desde a sua criação, a ABEn também vem se empenhando em organizar e preservar o seu acervo documental(9). Esse esforço se traduziu inicialmente pelo trabalho de suas pioneiras, no sentido de iniciar a guarda dos documentos produzidos pela Associação, ao longo de nove décadas(9).

Este acúmulo documental, textual, fotográfico e fonográfico, resultou no ano de 2010 na fundação do Centro de Memória da Enfermagem Brasileira, na sede da ABEn Nacional, em Brasília, constituindo patrimônio material e simbólico da profissão(9).

A preservação dos documentos históricos e lugares de memória, representa o grande desafio para a Enfermagem brasileira, pois no que diz respeito a memória, a (re) construção e preservação da identidade profissional e institucional (9), tem grande impacto na valorização da Enfermagem.

Um das atividades iniciais da ABEn tem sido o trabalho em benefício da educação em Enfermagem, prova disto está em seu primeiro estatuto, que estabeleceu como finalidade da organização: “Trabalhar incessantemente pelo progresso da educação de enfermeiras e pelo estabelecimento de escolas de enfermagem que tenham os mesmos requisitos da Escola Oficial do Governo”(10). O reconhecimento do ensino de enfermagem como matéria de Lei contudo, não foi dado gratuitamente para a Enfermagem, foi o resultado de pressões das profissionais que, através da ABEn, lutavam pela garantia e reconhecimento de sua profissão(10).

É importante ressaltar a criação do Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem no Brasil (SENADEn) no ano de 1994, espaço de discussão do ensino superior em Enfermagem(9).

A associação participou da construção das Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem, no decorrer da década de 90, a associação e a Comissão de Especialistas de Ensino de Enfermagem da Secretaria de Ensino Superior do Ministério da Educação (CEEEnf/SESu/MEC) tiveram de consensuar uma proposta para as diretrizes, que foi aprovada em 2001 e transformada na Resolução CNE/CES Nº 3 de 7/11/2001(10).

A ABEn, tendo a causa da educação como prioridade, está em constante busca para mobilizar esforços a fim de agregar enfermeiras (os) docentes e assistenciais, bem como estudantes de enfermagem, com o objetivo de discutir e consolidar um projeto educacional que atenda à demanda social(10).

No ano de 1929, ainda recém criada, a associação filiou-se ao Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE), sendo reconhecida e tendo participação na Enfermagem mundial(11). Por quase sete décadas a representatividade no Conselho Internacional ficou a cabo da ABEn, até o ano de 1997 quando passou a filiação para o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)(12).

A Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn), foi a primeira revista científica da categoria no país, criada em 1932 com o nome Annaes da Enfermagem (fig.1), permanece até hoje como fonte de referência para estudantes e profissionais da área e é um importante espaço para veiculação do saber científico em Enfermagem(8), indexada internacionalmente(13). A REBEn, portanto, significa mais que um periódico da ABEn, tornou-se o patrimônio intelectual fundante da Enfermagem brasileira(8). Mesmo em sua grandiosidade, a revista tem na sua história momentos de adversidade, como no ano de 1941, quando sua publicação foi interrompida por dificuldades financeiras e retomada em 1944(8).



Fonte: CABRAL, FILHO (2013).

A criação de eventos também tem sido trabalho da ABEn, que em 1940 realizou a primeira Semana Brasileira de Enfermagem, inicialmente denominada Semana da enfermeira, dedicada a divulgação da profissão(13), tem início no dia 12 de maio, data de nascimento de Florence Nightingale, fundadora da Enfermagem moderna e término no dia 20 de maio, data de falecimento de Anna Nery, precursora da profissão no Brasil(8). Vinte anos mais tarde, pelo Decreto nº 48.202/1960, a Semana da Enfermagem é reconhecida legalmente(8).

Outro evento da associação é o Congresso Brasileiro de Enfermagem (CBEn) que completa 71 anos de história, o maior evento nacional e vem afirmando-se como valiosa ferramenta para transformação da profissão.

Em 1945 e 1946, Madre Marie Domineuc não mediu esforços para reorganizar a ABED com o intuito de unir as enfermeiras de todo o Brasil, contudo somente no ano de 1947 foi possível ocorrer o evento, palco para a expressão da Enfermagem brasileira, que perpetua até a atualidade se mostrando como um espaço de arena política privilegiado da Enfermagem e de propagação da ABEn e sua ideologia(14).

Os nove primeiros congressos mantiveram a denominação Congresso Nacional de Enfermagem (CNE), passando, no ano de 1956, à denominação Congresso Brasileiro de Enfermagem(2), desde 1977 os produtos do evento são publicados como anais, ampliando a divulgação de seus resultados, em 2001 os anais atingem o meio digital como CD-ROM e em 2004 pela primeira vez adquire o formato de publicação virtual(14). Do congresso foram desmembrados outros eventos, como o Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem (SENADEn), com o tema educação em foco, tendo expressiva participação dos estudantes no CBEn, que desde 2001 apresenta um número maior de estudantes inscritos do que o número de profissionais, revelando um novo cenário a ser considerado pela ABEn(14).



Fonte: CABRAL, FILHO (2013).

Nesse aspecto pode-se apontar que:

O Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem (SENPE), mais importante fórum de discussão da pós-graduação e da pesquisa em enfermagem no Brasil, que ocorre desde 1979 a cada dois anos. O Simpósio Nacional de Diagnóstico em Enfermagem (SINADEn), que promove a discussão e desenvolvimento de sistemas de diagnóstico e classificação das práticas de enfermagem, que ocorre a cada dois anos, desde 1992. E os Encontros de Enfermagem das Regiões Sul, Sudeste, Centro-Oeste, Norte e Nordeste (ENFs), que promove debate regional de questões emergentes na saúde e na enfermagem das regiões, desde 1981(6). O Seminário Internacional sobre o Trabalho na Enfermagem (SITEen, Florianópolis-SC, 2003), o Seminário Nacional de Diretrizes para Enfermagem na Atenção Básica em Saúde (SENABS, Natal-RN, 2007) e o Colóquio Latino-Americano de História da Enfermagem (CLAHEn, Rio de Janeiro-RJ, na Escola de Enfermagem Anna Nery, 2000)(8).

A ABEn teve papel fundamental na iniciativa de criação dos Conselhos de Enfermagem, dos sindicatos e sociedades especialistas(7). Durante o mandato de Zaíra Cintra Vidal, 1943-1947, houve a instituição de um grupo responsável pela produção do anteprojeto de criação dos conselhos e regulamentação da profissão, esses foram os primeiros passos de uma longa caminhada, de debates, reformulação do anteprojeto, apresentação e reapresentação do mesmo, troca na diretoria da Associação, mudanças na conjuntura política, reivindicação da categoria, até a chegada do ano de 1973 e a aprovação da Lei 5.905/73, que estabeleceu o Sistema COFEN/COREN. Em 1975 a primeira diretoria foi eleita e abertas as atividades do conselho(14). A criação das autarquias profissionais significou avanço para a valorização do enfermeiro, visto que estas entidades zelam pela disciplina do exercício da Enfermagem no país(15).

Um marco cultural e político da associação foi a criação do “Boletim Informativo” em 1958, atualmente denominado “Jornal ABEn” o periódico avançou de caráter informativo de notícias para formação política e educativa(16). Sendo o jornal um meio de comunicação de fácil acesso, buscava alcançar enfermeiros, técnicos e estudantes, difundindo ainda mais conhecimento na categoria. Com o avanço do jornal, este deixou de ter publicação física e passou a ser propagado virtualmente (fig.3), até o ano de 2012, sendo a edição ano 54, nº 02 o último exemplar a ser produzido, dando lugar ao site oficial da ABEn Nacional, como veículo oficial de notícias da associação.



Fontes: MENESES, KADOGUTI, SANNA (2008). Centro de Estudos e Pesquisa em Enfermagem. Rede Saúde da Mulher (2011).

O código de ética passou a ser incorporado pela ABEn no ano de 1958, sendo renovado em 1975. É considerado como sendo instrumento básico e necessário para definição dos papéis, deveres, responsabilidades e proibições na Enfermagem(13).

A entidade também tem desenvolvido pesquisas em enfermagem, tendo como marcos o “Levantamento de Recursos e Necessidades da Enfermagem no Brasil”, pesquisa realizada entre os anos de 1956-1958 e a pesquisa “A Força de Trabalho em Enfermagem” realizada na década de 80 em conjunto com o COFEN, para caracterização do perfil da Enfermagem brasileira(8).

E para consolidar a pesquisa em Enfermagem no Brasil a ABEn criou no ano de 1971 o Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEEn), hoje o maior banco de teses e dissertações em Enfermagem.

Outras formas de atuação da ABEn foram os estabelecimentos de Comissões, como a Comissão de Educação, fundada em 1939, com intuito de elaborar e acompanhar o desenvolvimento de novas escolas de Enfermagem, e atualmente constitui a Diretoria de Educação(17), que reitera a preocupação da associação com o ensino de Enfermagem, entre outras tantas comissões da associação. Similarmente a ABEn conta com departamentos, centros e conselhos, para aprimorar sua organicidade.

Fazendo um recorte da Seção MT, na qual os presentes autores são filiados, podemos citar o Programa de Monitoria Estudantil Voluntária da ABEn-MT, estabelecido no ano de 2018, com a finalidade de aproximar organização e estudantes de Enfermagem, estimular a participação social e política em defesa da saúde pública e promover a associação. As vagas do programa foram intencionalmente distribuídas em três municípios do estado, na capital, Cuiabá, Várzea Grande e Rondonópolis, contribuindo para a capitalização de novos abenistas. Os monitores contam com benefícios, como certificação, orientações, isenção de taxas na ABEN-MT, estímulo e ajuda financeira para participação em eventos nacionais da ABEn; e deveres, como manter a anuidade e ter disponibilidade para trabalhar pela ABEn-MT(18).

Papel do enfermeiro na valorização profissional

O enfermeiro possui grande importância para a valorização de sua profissão. Nesse sentido, podemos destacar uma grande enfermeira brasileira que militou pela saúde desde a década de 40, a Irmã Tereza Notarnicola. Com forte atuação na ABEn, participou de quase todos os congressos de enfermagem, representou o país em eventos internacionais, exerceu mais de 30 cargos de diretoria nas seções estaduais, gerenciou a REBEn, foi tesoureira da ABEn Nacional, fazendo jus a homenagem de Enfermeira do Ano em 1971, no XXIV CBEEn.

É presente no discurso da Irmã Notarnicola a insatisfação com a atual formação de enfermeiras, ela pontua: “Antigamente havia uma disciplina chamada Exercício Profissional, no curso de graduação, que ensinava o que era a profissão, seus valores e símbolos, quem eram as líderes e os órgãos de classe, como nos representavam e o que cada um deveria ser e fazer pela sua classe. Parece que agora só ensinam a técnica e as teorias da Enfermagem e não se ensina mais esse amor pela profissão” (19).

As elaborações acerca dessa problemática são várias, desde déficit nos cursos de graduação até a mudança do perfil dos que escolhem ingressar à profissão. Conforme a Irmã Notarnicola, optar pela Enfermagem em sua época, quando a profissão começava a ter evidência, significava dedicar-se-á, como fizeram as pioneiras(19). Pensando a conjuntura atual, a escolha profissional assume novos significados, em alguns recortes sociais, impõe-se como uma obrigação, ou rito de passagem, o que vai constituir o indivíduo

adulto, a famigerada questão que atravessa a infância e juventude “o que você vai ser quando crescer?”.

Ademais, com a crescente qualificação da mão de obra, o diploma deixa de ser objeto de desejo e realização e passa a ser requisito para inserção no mercado de trabalho, um mero adorno ao currículo. A Irmã Notarnicola ainda conclui: “infelizmente parece que nós, as veteranas, não soubemos preparar as gerações subsequentes e nem incutimos nelas esse espírito de classe e dedicação, cidadania, participação e determinação de lutar pelos nossos ideais.”(19).

Faz-se mister conhecer e compreender a história da profissão, a inserção social e os significados atribuídos socialmente às atividades desenvolvidas em prol da coletividade. Caso contrário, e sem conhecimento da história da profissão inviabiliza-se qualquer posicionamento perante as múltiplas e dinâmicas realidades sociais e as transformações necessárias(19).

Assim como a Irmã Notarnicola, depoimentos de outras enfermeiras revelam as expectativas que muitas vezes são frustradas no decorrer dos anos. O distanciamento entre a teoria e a prática, com situações cotidianas inviáveis para a aplicação da ciência e carência nas atividades de educação permanente e continuada, tornam-se armas para a privação da autonomia profissional, bem como a estrutura do sistema de saúde, que apesar de prezar pela integralidade do usuário, ainda possui inúmeros resquícios do modelo biomédico e hospitalocêntrico, principalmente no senso comum e imaginário da população em geral.

Para que a enfermeira torne-se uma profissional mais segura e tenha capacidade para exercer sua autonomia, é necessário, além das instituições de ensino articularem à docência à assistência, emponderar-se de conhecimento científico(20).

Os meios legais são imprescindíveis para segurança nas decisões acerca de questões específicas de sua área de atuação, entendendo que a falta de uma legislação mais rigorosa legitima a insegurança, a perda do espaço e a impossibilidade de tomada de decisão em muitos casos, e por consequência faz com que a enfermeira sofra com a falta de identidade e reconhecimento profissional, e por fim, com a desvalorização.

A valorização profissional é multicausal, desde a segurança no exercício da profissão até a compensação monetária, entendendo que o dinheiro não deve ser almejado como produto final do trabalho, e sim uma consequência, mesmo no sistema capitalista.

Em seu ambiente de labor ideal a enfermeira deve sentir-se segura, digna, realizada e passível de realizar planejamentos para constante caracterização de seus objetivos, além de ser reconhecida por suas ações por pessoas de seu meio interno e externo e ser capaz de vislumbrar a importância de seu papel na sociedade, desta forma o pagamento monetário torna-se o objeto de troca pela força do trabalho prestado.

Contudo, como já supracitado, a sociedade - civil e governamental - não vislumbra a importância da Enfermagem no sistema de saúde, ocasionando maior desvalorização profissional, portanto a história da Enfermagem foi e continua sendo de luta pelos direitos e pelo reconhecimento social/profissional.

Conclusão/Pela necessidade de uma conclusão

As inúmeras ações da ABEEn no percurso histórico da Enfermagem brasileira, atualmente são vistas como os pilares que estruturam tudo que possuímos. Dentre as ações podemos destacar a atuação no resgate de memórias e manutenção da identidade profissional, incentivos diretos e indiretos para a educação e a comunidade científica, participação na legislação e na divulgação da Enfermagem para os brasileiros e para o mundo.

Acredita-se que esta análise documental pode auxiliar a Enfermagem e, em especial o enfermeiro, no conhecimento de sua trajetória histórica marcada por lutas, desafios e avanços, propiciando o (re) conhecimento de uma identidade e valorização profissional, além do desencadeamento de uma consciência crítica em defesa do crescimento da profissão(4).

Assim a ABEn torna-se a força motriz para a valorização da Enfermagem por ser além de uma entidade de lutas de classe, um exemplo de garra a ser seguido por cada indivíduo.

Em suma cabe aos profissionais de enfermagem valorizar a ABEn, associando-se e se fazendo presente nas lutas e atividades realizadas pelas seções estaduais e pela rede nacional, oportunizando mudanças e melhorias na profissão para os dias atuais e futuros.

REFERÊNCIAS

(1)BRASIL. Decreto 791 , de 27-09-1 890 . Cria no Hospício Nacional de Alienados uma escola profissional de enfermeiros e enfermeiras. Enfermagem, legislação e assuntos correlaos. 3. ed . Rio de Janeiro: Ministerio da Saúde/Fundação Serviços de Saúde Pública, 1 974 . v. 1, p.26-27.

(2)SANTOS, T.M.; SILVA, B.T.; MIRANDA, J.S.; GUIMARÃES, J.C.S.; APARIBENSE, P.G.G.S.; PERES, M.A.A. Contribuições da Associação Brasileira de Enfermagem para a Enfermagem Psiquiátrica: um olhar sobre os Congressos Brasileiros de Enfermagem (19471981). Hist enferm Rev eletrônica. 2016, v. 7, n. 2, p. 406-22.

(3)MANCIA, J.R.; SALLES, E.B.; PADILHA, M.I.C.S. Olga Verderese – uma vida para a enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem. jan-fev. 2008, v. 61, n. 1, p. 122-4.

(4)SANTOS, F.B.O.; CARREGAL, F.A.S.; RODRIGUES, R.D.; MARQUES, R.C; SENA, R.R. História da Enfermagem brasileira (1950-2004): o que tem sido discutido na literatura? Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. 2018, 8/1876.

(5)MENDES, I.A.C.; LEITE, Joséte L.; LEITE, J.L.; TREVIZAN, M.A. A REBEn no contexto da história da Enfermagem Brasileira: A importância da memória de D.a Glete de Alcântara. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, DF, 2002, v. 55, n. 3, p. 270-4.

(6) Flick, U. 2009. Introdução à pesquisa qualitativa. Trad. Joice Elias Costa. 3. ed., Porto Alegre: Artmed.

(7)VALE, E.G. ABEn: 75 anos de democracia , ética e compromisso com a Enfermagem brasileira. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, DF, 2001, v. 45, n. 2, p. 153-6.

(8)CABRAL, I.E.; FILHO, A.J.A. 85 anos de ABEn e 80 de REBEn promovendo o desenvolvimento científico e profissional da Enfermagem brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2013, v. 66, n. esp, p. 13-23.

(9)SANTOS, T.C.F.; A ABEn e a preservação da memória profissional: implantação do Centro de Memória da Enfermagem Brasileira. Revista Brasileira de Enfermagem. 2013, v. 66, n. esp, p. 165-70.

- (10)VALE, E.G.; FERNANDES, J.D. Ensino de Graduação em Enfermagem: a contribuição da Associação Brasileira de Enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem. 2006, v. 59, n. esp., p. 417-22.
- (11)CARVALHO, V. Sobre a Associação Brasileira de Enfermagem – 85 anos de história: pontuais avanços e conquistas, contribuições marcantes, e desafios. Revista Brasileira de Enfermagem. mar-abr. 2012, v. 65, n. 2, p. 2007-14.
- (12)COCCO, M.I.M.; MONTEIRO, M.S. A Associação Brasileira de Enfermagem e o desenvolvimento da Enfermagem no Brasil – Um caminho em construção. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, DF, 2001, v. 54, n. 2, p. 248-52.
- (13)RODRIGUES, A.K.C. et al. Associação Brasileira de Enfermagem: 70 anos de luta pela vida. Revista Brasileira de Enfermagem.. Brasília, DF, 1997, v.50, n. 4, p. 599-618.
- (14)MANCIA, J.R.; PADILHA, M.I.S.C.; RAMOS, F.R.S.; CORDOVA, F.P.; AMARAL, N.V. Congresso Brasileiro de Enfermagem: sessenta anos de história. Revista Brasileira de Enfermagem. mai-jun. 2009, v. 62, n.3, p.471-9.
- (15)GARCIA, C.L.L.M.; MOREIRA, A. A Associação Brasileira de Enfermagem e a criação do Conselho no Brasil. Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental. mai-ago. 2009, v. 1, n. 1, p. 97-110
- (16)MENESES, A.S.; KADOGUTI, L.L.; SANNA, M.C. Análise histórica do jornal da ABEn: mudanças e transformações no século XXI. Revista Brasileira de Enfermagem. jan-fev. 2008, v. 61, n. 1, p. 54-60.
- (17)XAVIER, M.L.; BAPTISTA, S.S. Associação Brasileira de Enfermagem no contexto da reforma educacional de 1996. Revista Brasileira de Enfermagem. mar-abr. 2010, v. 63, n. 2, p. 257-63.
- (18)ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM - SEÇÃO MATO GROSSO. DECISÃO Nº 003 ABEN-MT/Normativa Diretoria. Cuiabá, 2018. Procedimentos. Disponível em: <http://www.abenmt.org.br/DECISAO-003-EDITAL-monitoria.pdf>.
- (19)OGUISSO, T.; FREITAS, G.F.F. Irmã Tereza Notarnicola. Revista Brasileira de Enfermagem. São Paulo, SP, 2006, v. 56, n 6, p 762-8.
- (20) UMPIÉRREZ, A.H.F.; MERIGHI, M.A.B.; MUÑOS, L.A. Percepções e expectativas dos enfermeiros sobre sua atuação profissional. Acta Paul Enferm. 2013, v. 26, n. 2, p. 165-71.

Gisele Weissheimer

Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Discente de Doutorado em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná

Verônica de Azevedo Mazza

Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora do curso de graduação e Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná

Marcia Helena de Souza Freire

Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora do curso de graduação e Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná

Ana Paula Dezoti

Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Discente de Doutorado em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná

Samea Marine Pimentel Verga

Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Discente de Doutorado em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná

RESUMO

Objetivo: descrever a trajetória metodológica em uma pesquisa sobre o manejo familiar com o uso do instrumento de Medida de Manejo Familiar. **Método:** relato de experiência, realizado entre maio a fevereiro de 2017. O instrumento de Medida de Manejo Familiar foi aplicado a familiar de crianças e adolescentes com distúrbios neurológicos atendidos em uma instituição pública de saúde. **Resultados:** as etapas metodológicas foram: delimitação do cenário de pesquisa; definição dos participantes; determinação das variáveis de estudo; construção e seleção dos instrumentos de coleta de dados; a coleta de dados; e, a técnica para análise dos mesmos. **Conclusão:** a trajetória metodológica percorrida com o uso do instrumento de Medida de Manejo Familiar pode ser aplicada a outras pesquisas, cenários e populações de famílias diversas, para as quais se deseje conhecer a organização das demandas da doença para o atendimento diário do agravo crônico das crianças. **Contribuições e implicações para a Enfermagem:** a ferramenta utilizada trata-se de recurso que pode auxiliar pesquisadores de enfermagem a explorar o manejo familiar e desta forma disponibilizar evidências para os profissionais que prestam assistência a famílias de crianças e adolescentes em diversas situações de agravos crônicos.

Descritores: Metodologia; Pesquisa em Enfermagem; Doença Crônica.

INTRODUÇÃO

A ampliação do conhecimento sobre famílias que vivem com doenças crônicas e as suas interseções com os processos de saúde, doença, sofrimento e bem-estar apresenta-

se como uma demanda crescente nas áreas da pesquisa, educação e prática de enfermagem. Fato demonstrado mediante o crescente número de enfermeiros que têm desenvolvido pesquisas com famílias, especialmente no contexto da cronicidade infantil⁽¹⁻³⁾.

São diversos os referenciais teóricos, metodológicos e ferramentas que podem ser aplicados para explorar a experiência das famílias frente às enfermidades crônica⁽¹⁻²⁾. Para pesquisar sobre o manejo familiar, pesquisadoras norte-americanas elaboraram uma ferramenta denominada *Family Management Measure*⁽⁴⁾, destinada às pesquisas quantitativas, composta por seis dimensões: identidade da criança; habilidade de manejo; esforço de manejo; dificuldade familiar; visão do impacto da doença; e, mutualidade entre os pais⁽⁴⁾.

Esta ferramenta foi elaborada a partir do modelo teórico *Family Management Style Framework* (FMSF) que permite compreender sobre a inserção das demandas da doença infantil na vida familiar⁽⁴⁻⁵⁾. O Modelo é constituído por três componentes estruturais⁽⁵⁾ que originaram temas conceituais: Definição da Situação: identidade da criança, visão da doença, capacidade de manejo e mutualidade entre os pais; Comportamento de Manejo: filosofia parental e a abordagem de manejo; e, Consequências Percebidas: foco familiar e a visão de futuro.

Estudos sobre o manejo familiar com uso do FaMM tem sido desenvolvidas em outros países⁽⁶⁻⁹⁾. No Brasil, a adaptação e validação do instrumento FaMM foi realizado por um grupo de pesquisadores da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo⁽¹⁰⁻¹¹⁾ e, assim passou a ser denominado instrumento de Medida de Manejo Familiar (MMF).

Estudos envolvendo familiares e aplicação do FaMM têm contribuído significativamente para a construção do conhecimento da enfermagem sobre como as famílias manejam as novas rotinas e responsabilidades provenientes da doença infantil e como organizam a manutenção do funcionamento familiar.

Com estas considerações foi desenvolvido um estudo sobre a relação do manejo familiar com a estrutura familiar e a dependência física infanto-juvenil. E, na perspectiva de contribuir amplamente com pesquisadores de enfermagem, que se dedicam aos estudos sobre ou com famílias, tem-se como objetivo descrever a trajetória metodológica em uma pesquisa sobre o manejo familiar com o uso do instrumento de MMF.

MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência sobre as etapas metodológicas utilizadas para investigar o manejo familiar na condição de doenças neurológicas infanto-juvenil e, a sua relação com a estrutura familiar e dependência física infanto-juvenil, por meio do uso do instrumento de MMF. Esta trajetória metodológica foi desenvolvida em uma dissertação de mestrado acadêmico, assim, não há apresentação dos resultados da dissertação, mas sim, do método utilizado.

Os participantes foram 141 familiares de crianças com doenças/transtornos neurológicos selecionados em um Centro de Neurologia Pediátrica, localizado no estado do Paraná. Os participantes foram selecionados conforme os critérios estabelecidos pelo referencial teórico FMSF, qual será detalhada na seção de resultados. A pesquisa foi realizada entre maio a fevereiro de 2017, com instrumento de MMF e outros elaborados pelas autoras, retratados na seção resultados.

O tipo de análise e testes estatísticos utilizados foram selecionados de acordo com os tipos de variáveis, conforme apresenta-se nos resultados.

RESULTADOS

As etapas metodológicas aplicadas à pesquisa foram as descritas a seguir.

Delimitação do cenário de pesquisa

Os estudos sobre o manejo familiar são indicados para famílias de crianças com condições crônicas, as ferramentas elaboradas a partir do modelo teórico foram construídas a partir desta concepção⁽⁵⁾, sendo, portanto, o primeiro critério para a seleção do cenário de pesquisa. Por conseguinte, fez-se um levantamento de estudos já realizados na temática manejo familiar, tanto nacionais quanto internacionais^(5,7-9) com o objetivo de contemplar as famílias com condições ainda não investigadas, ou mesmo, pouco exploradas. Diante do cenário identificado e contemplando-o sob a experiência profissional e de pesquisa do grupo de pesquisa deste estudo, refletiu-se sobre as condições de saúde infantis que poderiam gerar impacto no manejo familiar e, contribuir para a área da pesquisa em enfermagem no contexto brasileiro. Como resultado houve a opção por investigar famílias de crianças com condições neurológicas infantis.

Na sequência, foi desenvolvido um mapeamento dos locais que realizam atendimento na região da cidade de estudo. Assim, selecionou-se um Centro de Neurologia Infantil (CNI) que é referência em atendimento pelo Sistema Único de Saúde no Estado do Paraná, e que possui cerca de 2.250 consultas mensais. Após a seleção do cenário de estudo realizou-se o contato informal com a equipe profissional do CNI e, também, a seleção dos ambulatórios que seriam inclusos na pesquisa, a saber: TEA; Epilepsia; e, PC.

Sequencialmente, realizou-se a submissão das documentações para o trâmite do Projeto no Comitê de Ética em Pesquisa, com as devidas autorizações dos responsáveis pelo CNI.

Definição dos participantes

Os critérios de elegibilidade dos participantes foram definidos considerando-se as propriedades psicométricas do FaMM⁽⁴⁾, instrumento que originou o instrumento de MMF, utilizado neste estudo. Assim, seguiram-se os seguintes critérios para seleção do familiar: ser familiar de criança e/ou adolescente com idade entre dois e dezenove anos; morar na mesma residência e realizar cuidados à criança e/ou adolescente considerando que este fator reflete à sua competência para as respostas relativas às questões do manejo familiar; familiar em que a criança e/ou adolescente tivesse o diagnóstico confirmado da doença/transtorno ou estivesse em atendimento em período igual ou superior a seis meses; contudo se tivesse a ocorrência de atendimento em pronto-socorro ou hospitalização, ter recebido alta hospitalar há, no mínimo, dois meses anteriores à data de participação na pesquisa.

Os critérios do tempo de diagnóstico ou de atendimento e, de alta hospitalar, se justificaram pela busca de situações de manejo familiar estável. Isto é, que apresenta ausência de crises constantes e de circunstâncias agudas, considerando que tais condições têm potencial para alterarem as respostas ao manejo familiar⁽⁵⁾.

O critério de exclusão de familiares de crianças com menos de dois anos de idade deveu-se ao fato de as mesmas se encontrarem em fase de desenvolvimento, ou seja, com alterações físicas que poderiam passar despercebidas aos familiares na investigação da dependência física infanto-juvenil em condições neurológicas. A idade limite de 19 anos foi definida considerando-se a delimitação etária para o adolescente, de acordo com a Organização Mundial da Saúde. A exclusão dos familiares com idade inferior a 18 anos foi devida aos trâmites burocráticos da pesquisa junto a pessoas menores de idade.

No desenvolvimento, houve a definição da amostra para o estudo com o apoio de profissionais do Laboratório de Estatística, da própria universidade do estudo.

Determinação das variáveis de estudo

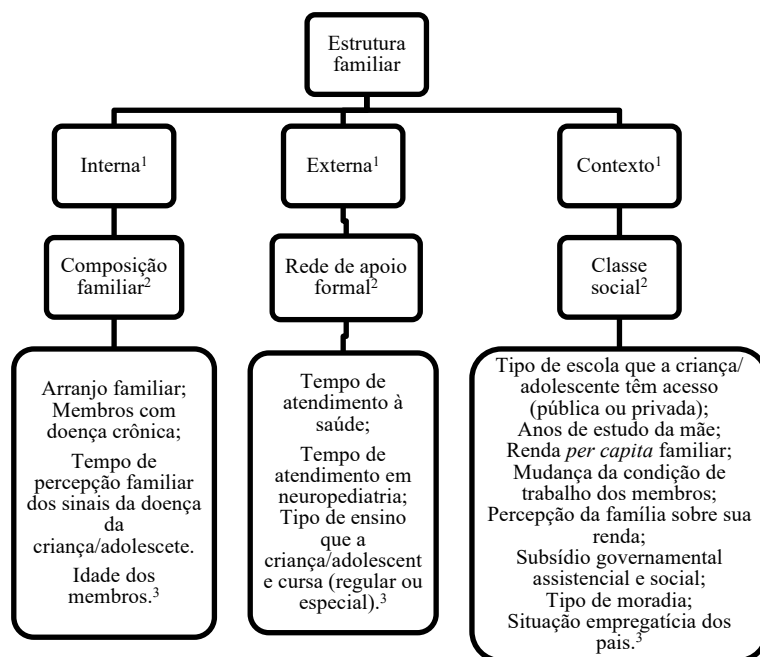
Consideraram-se três categorias de variáveis: a estrutura familiar; a dependência física infanto-juvenil; e, o manejo familiar. De acordo com o FMSF existem fatores contextuais que influenciam o manejo familiar e que definem o funcionamento familiar⁽⁵⁾, isto posto, nas categorias de estrutura familiar e dependência física infanto-juvenil foram consideradas fatores contextuais, os quais foram correlacionados às dimensões do manejo familiar.

As variáveis de estrutura familiar foram sub-categorizadas em interna, externa e de contexto, conforme Figura 1. A estrutura interna incorporou informações inerentes às pessoas que compõe a família, deste modo, foram pesquisadas: o tipo de arranjo familiar; famílias com membros com doença crônica; idade dos membros; tempo de percepção familiar dos sinais da doença da criança/adolescente.

Na estrutura familiar externa foram investigados dados relacionados à rede de apoio formal, incluindo-se neste, os serviços educacionais e de atendimento à saúde que as famílias utilizam: tempo de atendimento à saúde; tempo de atendimento em serviço de neuropediatria; e, tipo de ensino que a criança/adolescente cursa (regular ou especial).

Na estrutura familiar de contexto pesquisou-se informações referentes a situação social e econômica dos indivíduos que compõem a família: tipo de escola que a criança/adolescente tem acesso (pública ou privada); anos de estudo da mãe; renda *per capita* familiar; mudança da condição de trabalho dos membros; percepção da família sobre sua renda; subsídio governamental assistencial e social; tipo de moradia; e, situação empregatícia dos pais.

Figura 1 - Variáveis de estrutura familiar- Curitiba, PR, Brasil, 2017



FONTE: A autora (2017).

NOTA:¹categorias ²subcategorias ³variáveis.

As variáveis de dependência física das crianças/adolescentes tiveram como base a perspectiva da limitação física, psíquica e/ou intelectual, as quais determinam a capacidade ou incapacidade para realizar atividades cotidianas de maneira autônoma. E, neste processo de definição optou-se pela investigação da limitação física para as Atividades de Vida Diária (AVD) de higiene, alimentação, eliminações, vestimenta, mobilidade e locomoção.

As variáveis de manejo familiar foram categorizadas em: identidade da criança, habilidade de manejo, esforço de manejo, dificuldade familiar, visão de impacto da doença e mutualidade entre os pais.

Os critérios de seleção de testes, os testes estatístico utilizados para identificar a relação das variáveis de estrutura familiar e dependência física infanto-juvenil com o a manejo familiar estão apresentados no Quadro 1, a seguir.

Quadro 1- Variáveis do estudo e critérios para seleção dos testes estatísticos – Curitiba, PR, Brasil, 2017

Grupo das variáveis: categorias de respostas			Critérios para seleção dos testes		Teste
			Natureza do teste	Tipo das variáveis	
Estrutura familiar	Interna	Arranjo familiar: nuclear, monoparental, reconstituída, extensa, substituta	Comparação	Catagórica/contínua	Kruskal Wallis
		Membro com doenças crônicas: sim ou não	Comparação	Dicotômica/contínua	Mann Whitney
		Tempo (anos) dos sinais da doença infantil	Correlação	Contínua/contínua	Spearman
	Externa	Tempo (anos) de atendimento à saúde	Correlação	Contínua/contínua	Spearman
		Tempo (anos) de atendimento especializado à saúde (neuropediatria)	Correlação	Contínua/contínua	Spearman
		Tipo de ensino que a criança/adolescente cursa: regular ou especial	Comparação	Dicotômica/contínua	Mann Whitney
	Contexto	Tipo de escola que a criança/adolescente tem acesso: pública ou privada	Comparação	Dicotômica/contínua	Mann Whitney
		Anos de estudos maternos	Correlação	Contínua/contínua	Spearman
		Tipo de moradia: própria, alugada ou cedida	Comparação	Catagórica/contínua	Kruskal Wallis
		Renda per capita familiar*	Correlação	Contínua/contínua	Spearman
		Necessidade de mudança da condição de trabalho dos membros: sim /não	Comparação	Dicotômica/contínua	Mann Whitney
		Percepção da família sobre sua renda: suficiente ou insuficiente	Comparação	Dicotômica/contínua	Mann Whitney
		Subsídio assistencial e social†: sim ou não	Comparação	Dicotômica/contínua	Mann Whitney
		Situação empregatícia dos pais: empregado ou desempregado	Comparação	Dicotômica/contínua	Mann Whitney
	Dep.+	Atividade de Vida Diária: dependente ou independente	Comparação	Dicotômica/contínua	Mann Whitney

*salários mínimos (R\$880,00 em 2016). †Benefício de Prestação Continuada da Assistência, órtese/prótese, medicação, ventilação mecânica, isenção de tarifa de transporte, isenção de imposto de renda, desconto na tarifa de energia elétrica, desconto na tarifa de telefone e bolsa família.+Dep. (dependência física).

Construção e seleção dos instrumentos para coleta de dados

Utilizaram-se dois instrumentos, o primeiro foi o MMF⁽¹⁰⁻¹¹⁾, e, o segundo, foi elaborado pelas pesquisadoras. Para utilização do MMF foi realizado contato com as autoras que o adaptaram e validaram para o Brasil, com autorização obtida para o seu uso.

O MMF é composto por 53 questões segmentadas em seis dimensões, segundo a escala *Likert* que atribui notas no valor de um (1) até cinco (5), na qual, a nota um (1) indicava 'discordo totalmente' e, a cinco (5), 'concordo totalmente'.

Apresentam-se, a seguir no Quadro 2, o número de questões que cada dimensão é composta, o escore¹ mínimo e máximo que cada uma destas pode assumir e a referência para interpretação destes. Nas dimensões de identidade da criança, habilidade de manejo e mutualidade entre os pais, quanto maior o escore, a família consegue inserir as demandas terapêuticas da criança/adolescente com doença neurológica à vida familiar com normalidade.² Para este estudo estas dimensões foram nomeadas de "positivas".

Nas dimensões de esforço de manejo, dificuldade familiar e visão do impacto da doença, quanto maior o escore há maior dificuldade familiar para gerir as necessidades terapêuticas da criança/adolescente no seu cotidiano, assim, nesta pesquisa foram denominadas de "negativas".

Quadro 2 - Descrição da composição das dimensões de manejo familiar e referência do comportamento dos escores^(5-6,10-11) – Curitiba, PR, Brasil, 2017

Dimensões	Número de questões	Escore de referência (mínimo e máximo)*	Referência e comportamento dos escores
Identidade da Criança	5	5 a 25	Grau de independência da criança. Quanto maior o escore, mais normal é a vida da criança.
Habilidade de manejo	12	12 a 60	A percepção dos pais acerca da competência que têm em realizar os cuidados à criança. Escores maiores indicam que os pais se sentem mais capazes de manejar os cuidados.
Esforço de manejo	4	4 a 20	À percepção do trabalho que desenvolvem para manejar a doença, quanto maior o escore, maior o esforço.
Dificuldade familiar	14	14 a 70	Indica a percepção dos pais sobre o fato de que ter um filho com doença torna a vida mais difícil. Assim, quanto maior o escore mais dificuldade.
Visão de impacto da doença	10	10 a 50	Aborda a percepção da família referente à gravidade da doença e complicações à saúde das crianças e para a família. Escores mais altos indicam maior gravidade e preocupação da família em manejar a doença.
Mutualidade entre os pais	8	8 a 40	Aplica-se aos familiares que têm companheiro, pois mede a dimensão de mutualidade, indica maior reciprocidade entre os parceiros na forma que realizam o manejo da doença. Escores mais elevados indicam mais mutualidade.

¹ O cálculo das notas provenientes da escala likert (atribuídas pelos participantes) das questões que compõe as dimensões. Para cada dimensão é atribuído um escore.

²A normalização caracteriza a adaptação da unidade familiar frente ao fenômeno da doença crônica infantil e juvenil, na qual há incorporação do regime terapêutico e, ao mesmo tempo, desenvolvem-se atividades habituais. A não normalização denota que a vida familiar é mais difícil devido ao esforço necessário para manter o regime terapêutico e outras questões associados à doença crônica⁽²⁻⁴⁾

NOTA: *Os escores mínimos e máximos se referem ao menor e maior escore que cada dimensão pode assumir conforme o seu número de questões. Exemplo: Dimensão de identidade da criança: composta por cinco questões, a nota mínima que os participantes podem atribuir é um e a máxima é cinco, assim, multiplica-se o número de questões pelas notas mínimas e máximas (1 (nota mínima) x 5 (n de questões)=5 (escore mínimo); 5 (nota máxima) x 5 (n de questões)=25 (escore máximo). E assim, sucessivamente para as demais dimensões.

O segundo instrumento denominado Condição das Famílias, integrou variáveis da caracterização do participante, estrutura familiar e, de dependência ou independência física infante-juvenil nas AVD. Este instrumento foi elaborado pelas pesquisadoras, passou por dois testes-piloto com 11 familiares e, a versão final foi composta por 25 perguntas, cujas variáveis estão especificadas no Quadro 1.

Coleta dos dados

Foi realizada por membros do Grupo de Estudos e Pesquisa, e para tanto foram desenvolvidas algumas estratégias para qualificação da equipe de coleta, acompanhadas e orientadas por uma docente pesquisadora, com experiência nas mesmas.

A princípio foi planejada a permanência, por uma semana, de uma das pesquisadoras no local do estudo para o (re)conhecimento do fluxo dos atendimentos, com o intuito de facilitar a coleta de dados a posteriori e, promover aproximação com a equipe de profissionais do local.

Em seguida, foi desenvolvido um manual para a equipe de pesquisa que continha as instruções para realização da entrevista, e informações sobre o local de coleta de dados, critérios de elegibilidade para o estudo, a abordagem aos potenciais participantes e, a aplicação dos instrumentos de pesquisa. A equipe de coleta passou por treinamento e acompanharam entrevistas que foram realizadas por uma das pesquisadoras, para obter segurança para a coleta de dados.

Por fim, com o objetivo de não haver falhas nas etapas de coleta de dados, bem como, nos registros, foi disponibilizado um fluxograma com todas as etapas para coleta de dados, desde a seleção dos potenciais participantes, aplicação de critérios de elegibilidade, aplicação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), preenchimentos dos instrumentos, até a finalização da entrevista.

Na Etapa da coleta de dados foram identificadas as crianças/adolescentes com consultas agendadas nos ambulatórios de interesse para o estudo e, antecedente ao atendimento, um integrante do grupo de pesquisa consultava seus prontuários, checando a idade das crianças/ adolescentes, como critério de inclusão. As informações foram registradas em uma ferramenta denominada Lista de potenciais participantes (Quadro 3), que favoreceu o contado com os familiares, na data da consulta, para maior agilidade no dia da coleta.

Na Etapa 2, os familiares dos indivíduos identificados na Etapa 1, eram abordados na Sala de Espera e convidados para participarem da pesquisa, com checagem dos demais critérios de elegibilidade e, completada a Lista de potenciais participantes, no qual foi registrado todo o processo de coleta até que fosse atingida a amostra pretendida. Com a Lista de potenciais participantes preenchida foram obtidos os seguintes dados numéricos: prontuários inspecionados; exclusões por critérios de idade da criança/adolescente; exclusões dos familiares conforme cada critério estabelecido; familiares não abordados devido ao alto fluxo de atendimentos local; familiares que recusaram participar e assinar o TCLE; entrevistas não finalizadas devido à interrupção pela chamada para consulta médica e não retorno dos familiares para finalização da entrevista. As entrevistas foram presenciais, com duração média de 30 minutos.

Quadro 3- Lista de potenciais participantes – Curitiba, PR, Brasil, 2017

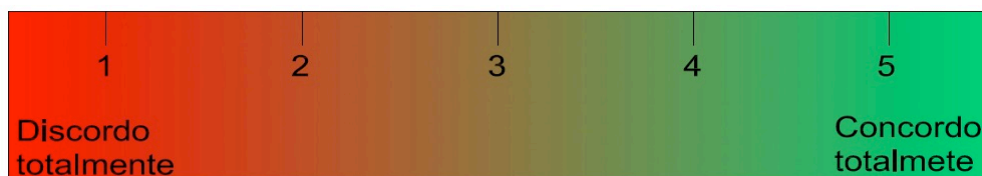
Identificação		Verificação prontuário			Abordagem e verificação dos critérios de elegibilidade		Abordagem para convite		Concluiu entrevista	
Data da consulta	Nome da criança/adolescente	Diagnóstico da criança/adolescente	Incluído	Excluído (motivo)*	Incluído	Excluído (motivo)*	Aceitou participar	Não aceitou participar	Sim	Não

*Inserir o número que corresponde aos critérios de elegibilidade para não inclusão no estudo:

- 1: acompanhante não se considera familiar da criança e/ ou adolescente.
- 2: diagnóstico há menos que 6 meses.
- 3: passou por internamento nos últimos 2 meses.
- 4: passou por atendimento em pronto socorro nos dois últimos meses.
- 5: não mora na mesma casa que a criança e/ ou adolescente;
- 6: não realiza cuidados a criança (como a higiene, alimentação, mobilidade, locomoção, eliminações, atendimento à saúde, terapêutica, socialização, e proteção).
- 7: idade do familiar menor que 19 anos.
- 8: Idade da criança (menor que 2 e maior que 19 anos).
- 9: Não compareceu na consulta agendada.
- 10: Não foram abordados pelos pesquisadores.

Outra estratégia para auxiliar a coleta de dados com o MMF, considerando que alguns familiares apresentavam dificuldade em atribuir notas às questões, foi a aplicação de um recurso representativo no formato de régua, aplicando-se as cores vermelha e verde em degrade, de modo que coloração vermelha foi utilizada na extremidade com menor nota (um) e, a verde na extremidade com maior nota (cinco), na tentativa de associar nota menor à cor vermelha e maior à verde, escala numeral de um a cinco, indicando a graduação da escala *Likert*, do instrumento de MMF (Figura 2).

Figura 2 - Recurso gráfico no formato de régua para coleta de dados – Curitiba, PR, Brasil, 2017



Fonte: as autoras

Análise dos dados

Para as variáveis provenientes do instrumento de condição familiar, foram classificadas as categorias das respostas dos participantes, especificadas no Quadro 1. Nos dados do manejo familiar, foram inseridas nas planilhas as notas atribuídas pelos familiares participantes e, posteriormente, para a obtenção do escore médio de cada dimensão foram seguidas as seguintes etapas:

Determinou-se o número de questões com respostas válidas (valores entre um e cinco da escala *likert*); calculou-se o percentual das respostas válidas em cada dimensão (deve ter no mínimo 70% de questões respondidas); determinaram-se as questões inversas, subtraindo-se as respostas do valor seis, para torná-las positivas; somaram-se os valores das questões respondidas em cada dimensão; o valor calculado na etapa anterior foi dividido pelo número de questões respondidas em cada dimensão; o valor obtido na etapa cinco foi multiplicado pelo número total de questões de cada dimensão; arredondaram-se os números obtidos no passo seis, para o número inteiro mais próximo e obteve-se o escore médio de cada dimensão⁽¹²⁾.

Para a seleção dos testes estatísticos para avaliar a correlação entre as variáveis do estudo foi aplicado o Teste de *Shapiro Wilk* na avaliação da distribuição das variáveis, o qual apontou falta de normalidade na distribuição destas.

Deste modo, foram utilizadas na sequência técnicas estatísticas não paramétricas para tal análise. No Quadro 1, apresentam-se: os grupos de variáveis e categorias de respostas; os critérios para seleção dos testes estatísticos conforme a natureza da questão; o tipo de pontuação das variáveis; e, o teste estatístico selecionado.

Utilizou-se o *Software Statistica 7.0* para a análise, considerou-se como significância estatística o $p \leq 0,05$. Identificaram-se com as correlações mediante aplicação do método, aspectos que se relacionaram de forma positiva ou negativa com o manejo familiar, apresentados em outros artigos produzidos pelo grupo de pesquisa.

DISCUSSÃO

Pesquisadores têm desenvolvido estudos que mostram aspectos relevantes sobre o manejo familiar em países como Turquia⁽⁷⁾, Korea^(6,9) e Estados Unidos⁽⁸⁾ à partir da elaboração e uso do instrumento quantitativo que mensura o manejo familiar (FaMM).

No Brasil, contribuiu-se na investigação de aspectos da estrutura familiar e da dependência física infanto-juvenil, que representam condições que facilitam ou dificultam o manejo familiar, conforme resultados apresentados e discutidos em outros manuscritos. No presente relato de experiência, o foco foi apresentar as etapas metodológicas utilizadas, na consideração de serem relevantes para fortalecimento e refinamento de pesquisas nesta área frente às decisões metodológicas exigidas pelos pesquisadores que realizam estudos de enfermagem com famílias.

Um princípio fundamental para a tomada de decisão é assegurar que todas as escolhas metodológicas possam refletir as premissas teóricas sobre as quais o estudo é construído. A consistência e a congruência de pesquisa devem ser evidentes ao longo do desenho do estudo, desde a definição de família, escolha de instrumentos a serem utilizados, da coleta de dados, da análise, das discussões e conclusões.

No caso do estudo realizado sobre o manejo familiar é importante compartilhá-lo⁽¹³⁾ porque as pesquisas anteriores sobre a mesma temática e uso de MMF foi desenvolvido com maior frequência entre pesquisadores norte-americanos. Assim, existem alguns conteúdos e termos de compreensão delicada, mesmo com a adaptação e validação transcultural para o Brasil⁽¹⁰⁻¹¹⁾, pois, a base teórica é procedente de contexto cultural diferente do brasileiro, fato que não lhe suprime a relevância de ser explorado no contexto brasileiro. Além disso, devido ao fato de o instrumento ser relativamente novo no Brasil (adaptado e validado a partir de 2014), trata-se de umas das primeiras pesquisas realizadas com o seu uso.

Existem algumas questões práticas relativas à organização para a realização da pesquisa que nem sempre são divulgadas, mas que são importantes, como as estratégias para o treinamento dos membros da equipe que irão coletar dados, o contato com os profissionais dos locais de estudos, a coleta de dados, os registros e entre outros.

Quanto à aplicação do instrumento MMF, os familiares o consideraram longo e de difícil compreensão, principalmente de duas questões: a de número 41 - “Nós temos objetivos que nos ajudam a lidar com a doença do (nome da criança)” e, 44 “Nós sabemos quando (nome da criança) precisa agir como criança”, situação esta, que mobilizou a necessidade de explicação. Aspecto a ser considerado nas pesquisas futuras.

Outra dificuldade que as famílias apresentaram foi atribuir notas de respostas às questões. O uso do recurso gráfico no formato de régua, a qual representou a escala *likert*, utilizada para auxiliar as famílias nas respostas das perguntas do instrumento MMF foi uma estratégia relevante para reduzir as dificuldades nas respostas.

Além disso, apesar de o instrumento ser indicado para uso na prática clínica profissional, no Brasil isto ainda não foi efetuado, assim, é uma área a ser explorada para testar a sua viabilidade, já que as famílias consideraram o instrumento longo.

CONCLUSÃO

O manejo familiar vem sendo explorado em diversas situações de doenças crônicas infantis, o qual pode variar de acordo com as diferentes culturas, o acesso a recursos de saúde, políticas, entre outros. Muitos estudos têm sido desenvolvidos no exterior, porém ainda há um vasto campo a ser investigado com famílias do Brasil, considerando que a temática exige conhecimento teórico do manejo familiar, da ferramenta proposta e, da população a quem se aplica o instrumento. Esta trajetória metodológica poderá ser aplicável a outras pesquisas, cenários e populações diversas das quais se desejem conhecer como as famílias lidam com as demandas do agravo crônico infantil no cotidiano de vida.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

O instrumento de Medida de Manejo Familiar trata-se de recurso que pode auxiliar pesquisadores de enfermagem para explorar o manejo familiar e desta forma disponibilizar evidências para os profissionais que prestam assistência a famílias de crianças e adolescentes em diversas situações de agravos crônicos.

REFERÊNCIAS

- 1- Perry-Jenkins M, Herman RJ, Halpern HP, Newkirk K. From Discovery to Practice: Translating and Transforming Work–Family Research for the Health of Families. *Family Relations Interdisciplinary Journal of Applied Family Science*. 2017;66(4):614-628.
- 2- Knafk K, Riper MV. Tips for Developing a Successful Family Research Proposal. *Journal of Family Nursing*. 2017;23(4):450-460.
- 3- Dinora P, Bogenschutz M. Narratives on the Factors That Influence Family Decision Making for Young Children With Autism Spectrum Disorder. *J Early Interv*. 2018;40(3):1–17.
- 4- Knafk K, Deatrick JA, Gallo A, Dixon J, Grey M, Knafk G, et al. Assessment of the psychometric properties of the family management measure. *J Pediatr Psychol*. 2011;36(5):494–505.

- 5- Knafk K, Deatrick J, Havill N. Continued development of the family management style framework. *J Fam Nurs*. 2012;18(1):11–34.
- 6- Kim DH, Im YJ. The influence of family management style on psychosocial problems of childhood cancer survivors in Korea. *EJON*. 2015;18(2):10712.
- 7- Ergun A, Sisman FN, Erol S, Gur K, Kolac N, Kadioglu H, et al., The Family Management of Childhood Chronic Conditions: Measurement in a Turkish Sample. *J Pediatr Nurs*.2019;47:16-e23.
- 8- Riper ML, Knafk G, Knafk K. Family Management of Down Syndrome: Cross-Cultural Perspectives. *Nursing Outlook*. 2018;67(1):116.
- 9- Im Y, Cho Y, Kim D. Family Management Style as a Mediator between Parenting Stress and Quality of Life of Children with Epilepsy. *J Pediatr Nurs*. 2019;45:e73-e78.
- 10- Ichikawa CRF, Bousso RS, Misko MD, Mendes-Castillo AMC, Bianchi ERF, Damião EBC. Cultural adaptation of the Family Management Measure among families of children and adolescents with chronic diseases. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2014 [cited 2019 Jun 30];22(1):115–22. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n1/0104-1169-rlae-22-01-00115.pdf>
- 11- Bousso RS, Ichikawa CRF, Misko MD, Santos MR, Baliza MF, Mendes-Castilho AMC, et al. Validation of the Family Management Measure for the Brazilian culture. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(6):1151-8.
- 12- The University of North Carolina at Chapel Hill [Internet]. Chapel Hill: Carolina Nursing. Scholl of Nursing. Family Management Measure; 2019 [cited 2019 Mar 03]. Available from: <https://nursing.unc.edu/research/office-of-research-support-and-consultation/family-management-measure/>
- 13- Weissheimer G, Mazza VA, Lima VF, Mantovani MF, Freire MHS, Guimarães PRB. Relationship of family management with sociodemographic aspects and children’s physical dependence in neurological disorders. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2018 [cited 2019 Jun 08];26e:3076. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/0104-1169-rlae-26-e3076.pdf>

Nilton José Vitorio Almeida

Enfermeiro auditor HUPES/UFBA/Prefeitura de Salvador-BA

Jacilene Santiago do Nascimento Trindade dos Santos

Assistente Social/UFBA/SMURB/SIASS
Mestranda UFBA em Enfermagem e Saúde

Larissa Coelho Barbosa

Enfermeira Hosp. Bahia
Mestranda UFBA em Enfermagem e Saúde

Albertina clemente de Santana

Enfermeira auditor/UTI-HUPES/UFBA

RESUMO

A Comissão de Ética surgiu na Resolução nº 172/94, revogada pela Resolução nº 572/2018⁽¹⁾ do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), a fim de ensinar, pesquisar, prestar consultorias e normas institucionais em assuntos éticos. Objetivo: descrever as contribuições bioéticas da 3ª Comissão de Ética ⁽²⁾ no Introdutório de Enfermagem. Relato de experiência sobre o introdutório realizado em janeiro e maio de 2018, numa instituição particular na cidade do Salvador. O introdutório trata-se de palestras realizadas pelas coordenadoras dos setores que aborda as rotinas destes locais, a fim de acolher os colaboradores novos e responder dúvidas e questionamentos. Foi dividido em 3 momentos: primeiro foi explicado sobre os membros da Comissão, suas funções e cargos dentro da instituição; em seguida houve uma dinâmica, com os princípios bioéticos em situações fictícias do dia a dia e sua importância no cuidado; por fim foram esclarecidas as dúvidas destes colaboradores. Concluiu-se que a enfermagem representa o cuidado às pessoas e respeito à dignidade e autonomia do paciente ⁽³⁾. A ética é pouco mencionada e ainda restam questionamentos por parte da equipe de enfermagem ⁽⁴⁾. Contribuição para enfermagem observamos o relato sobre os princípios bioéticos no Introdutório de Enfermagem mostra a postura ética do novo colaborador durante a resolução de problemas diários no processo de cuidado, preservando a dignidade e autonomia do paciente.

Descritores: Comissão de Ética; Educação em Enfermagem;

INTRODUÇÃO

A responsabilidade ética é composta pelo o cuidado, prevenção e promoção da saúde e alívio do sofrimento. Tem que ser pautado na ética que é baseada nos princípios, valores e crenças que ser humano utilizará na realização de suas escolhas de forma responsável. A equipe multiprofissional, portanto, deve zelar pela integridade do paciente e sua família, acolher o outro na sua integridade e respeitar sua vida e dignidade em todas as suas ações (OGUISSO, ZOBOLI; 2017).

O termo Bioética, por sua vez, foi descrito, em 1970, no artigo: *Bioethics, the Science of Survival*. No ano seguinte, no título: *Bioethics: Bridge to the future* enfatizou a busca da sabedoria capaz de promover a saúde e a sobrevivência (OLIVEIRA, OSMAN; 2017). É, portanto, definida como a ética da responsabilidade, da vida, é a “ponte para o futuro” entre os fatos biológicos e os valores humanos na tomada de decisão (POTTER, 2016).

Seus princípios de autonomia (a autoridade do indivíduo sobre sua vida), beneficência (ato de fazer o bem em favor do paciente), não maleficência (obrigação de não causar danos) e justiça (benefícios diretos à saúde) norteia a equipe de enfermagem na tomada de decisão dos conflitos de interesse presentes no seu cotidiano (LIMA, SANTA ROSA; 2017).

Diante dos conceitos descritos, observa-se a relevância em garantir o cumprimento dos princípios bioéticos, onde o profissional procura incentivar o diálogo entre o paciente, a fim de preservar sua autonomia e dignidade (RODRÍGUEZ; 2019).

Para alcançar esse desafio, foram implantadas A Comissões de Ética surgiu na Resolução nº 172/94, revogada pela Resolução nº 572/2018⁽¹⁾ do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), a fim de ensinar, pesquisar, prestar consultorias e normas institucionais em assuntos éticos. Objetivo: descrever as contribuições bioéticas da 3ª Comissão de Ética ⁽²⁾ no Introdutório de Enfermagem.

No transcorrer do trabalho, foram utilizados aulas expositivas dialogadas, seminários, estudos de caso, trabalhos individuais e em grupo, incluindo simulações de situações de atendimento e recursos virtuais. Com objetivo de refletir sobre conflitos e dilemas morais envolvidos na área da saúde assim como nortear a prática profissional.

Entretanto, o aluno tende a aprender de acordo com a sua percepção e seus valores, processo em que a transmissão do conhecimento não dá espaço à existência de diálogo mais aberto e reflexivo entre profissionais. Preocupar-se com os princípios da bioética deve ser uma postura adotada pelos profissionais que assume a responsabilidade social e o respeito ao direito à cidadania. Sendo assim, as crenças e os valores, cuidar e ensinar a cuidar, melhorar a comunicação com o paciente envolve grandes desafios (LEGGETT et al, 2018).

Percebe-se que esse profissional deve buscar a solução dos problemas, trazer suas experiências. Quanto s comissão, orientá-lo e ajudá-lo a superar dificuldades, deve age de forma reflexiva, perceber que houve mudanças no processo de aprendizado e tornar o aluno sujeito do seu próprio desenvolvimento (BARBOSA, et al; 2019).

Uma atitude profissional ética, através de uma visão crítica e reflexiva, um diálogo acolhedor, com respeito a suas vivências, em outras palavras, não é possível uma sociedade sem famílias, onde o futuro da família está na sua subjetividade (liberdade e responsabilidade) de mediação social - indivíduo e sociedade (SILVA, et al; 2018).

Diante destas considerações o nosso objetivo neste artigo é demonstrar descrever as contribuições bioéticas da 3ª Comissão de Ética ⁽²⁾ no Introdutório de Enfermagem.

METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de um relato de experiência de caráter descritivo (GIL; 2017), O introdutório trata-se de palestras realizadas pelas coordenadoras dos setores que aborda as rotinas destes locais, a fim de acolher os colaboradores novos e responder dúvidas e questionamentos

A experiência em sala de aula a partir de mudança na estratégia metodológica profissionais e estagiários.

A matéria de ética e bioética é parte integrante do eixo de desenvolvimento pessoal do novo projeto pedagógico do curso de pós-graduação em enfermagem e saúde. Sua

finalidade, no terceiro período de formação deste curso, é a de continuar contribuindo, de forma ascendente, para o aprendizado iniciado no primeiro dia de trabalho.

A adequação do harmonioso buscou trabalhar conteúdos e metodologia de forma a permitir ao novo profissional uma reflexão mais profunda em torno da leitura, problematização e sistematização de temáticas que dizem respeito à complexidade dos desafios às habilidades, atitudes e futuras práticas profissionais no contexto social marcado pela diversidade em todos os âmbitos.

A partir de instrumento elaborado pela coordenação do curso, foi realizada avaliação pelos profissionais para identificar fragilidades e pontos positivos. Vários itens foram avaliados, como desempenho profissional, tempo para trabalho, infraestrutura e carga horária.

Nesta disciplina foram oportunizados ao discentes a abordagens das seguintes temáticas: Dilemas emergentes no campo da ética com discussão do texto e roda de conversa; Princípios bioéticos face ao assédio moral no SUS e sofrimento moral na enfermagem; Atendimento aos princípios bioéticos face a relação de poder e a tomada de decisão do idoso; Autonomia e paternalismo nas relações de cuidado ao portador de sofrimento mental; Inclusão social e sua relação com os direitos do usuários do SUS; Cidadania, direitos humanos e sua relação com a profissão de enfermagem; Princípios bioéticos do SUS e as relações de multiculturalidade e autonomia; Aplicação do TCLE em situações de urgência e Emergência; Planos de Saúde e o direito dos Usuários do SUS; Direitos humanos nas relações de cuidado com o familiar acompanhante.

Permitindo assim criar condições para a reflexão e análise de aspectos éticos/bioéticos orientados para a problemática da saúde em nossa sociedade, tendo como referência a qualidade de vida de população e do próprio trabalhador da área.

Aborda os valores que regem a conduta do profissional em termos de cidadania, enfocando as ações imprescindíveis ao processo de tomada de decisão moral e ética no campo da saúde, da educação e da pesquisa, considerando o ser humano em todo o seu desenvolvimento inserido em uma sociedade.

Discute o sentido da responsabilidade do investigador no desenvolvimento de pesquisas envolvendo especificamente os seres humanos e o do plano da disciplina foram apresentados às alunas pelos docentes da Universidade, responsáveis pelo programa, assim como a explanação dos objetivos da disciplina, para seu alcance. Esta disciplina optativa oferece vagas para alunos regulares do mestrado, doutorado e para alunos não regulares (especiais) e foi composta de duas alunas regulares do mestrado e quatro alunas especiais.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Com a missão de qualificar profissionais de excelência, para os processos de ensino, produção e socialização de conhecimento. Como objetivo, visa formar enfermeiros, para responder às necessidades de saúde da sociedade brasileira, respeitando aos aspectos éticos envolvidos dentro da instituição.

O introdutório trata-se de palestras realizadas pelas coordenadoras dos setores que aborda as rotinas destes locais, a fim de acolher os colaboradores novos e responder dúvidas e questionamentos. Foi dividido em 3 momentos: primeiro foi explicado sobre os membros da Comissão, suas funções e cargos dentro da instituição; em seguida houve uma dinâmica, com os princípios bioéticos em situações fictícias do dia a dia e sua importância no cuidado; por fim foram esclarecidas as dúvidas destes colaboradores. Concluiu-se que a enfermagem representa o cuidado às pessoas e respeito à dignidade e autonomia do paciente⁽³⁾. A ética é pouco mencionada e ainda restam questionamentos por parte da equipe de enfermagem⁽⁴⁾. Contribuição para enfermagem observamos o relato

sobre os princípios bioéticos no Introdutório de Enfermagem mostra a postura ética do novo colaborador durante a resolução de problemas diários no processo de cuidado, preservando a dignidade e autonomia do paciente.

Tem os objetivos de analisar aspectos da cidadania relacionados aos princípios bioéticos e normativas que envolvem as práticas dos profissionais de saúde; identificar conflitos de interesse na pesquisa e os valores que regem a conduta dos profissionais de saúde, o processo de tomada de decisão – moral e ética (JAMETON; 2017; ARIAS-ROJAS; CARREÑO-MORENO; POSADA-LÓPEZ; 2019).

No início curso os palestrantes explanaram sobre os conceitos éticos e bioéticos. Houve, então, uma troca de experiências quando os docentes e as alunas relataram sobre suas atividades diárias – pessoais e profissionais.

As questões surgidas no cotidiano das alunas eram trazidas para dentro da sala de aula, assim como aspectos éticos, culturais e religiosos foram colocados em debate e promovido um aprofundamento teórico, a partir de leituras. Os professores elaboram provocações juntamente com profissionais, a fim de atender novas perspectivas da prática docente na educação em enfermagem (VERAS, et al; 2019; VIERS, et al; 2019).

Desta maneira, perceber a importância de habilitar os aspectos éticos e psicológicos envolvidos na questão (BALDONEDO-MOSTEIRO, et al; 2019).

A ansiedade e o medo relatado pela aluna no seu momento de fragilidade, nos fez experienciar o quanto somos vulneráveis e qual a nossa conduta ético-profissional ao agir com o paciente acamado (VEGA, et al; 2019).

durante o cuidado ao paciente, essas dúvidas não devem interferir no cuidado humanizado, na tomada de decisão e na conduta ética profissional (CELIS, MÉNDEZ; 2019).

Posteriormente, foi apresentado um seminário sobre Conflitos de interesse nas relações de cuidado, no campo de formação da saúde e da pesquisa. Foram criadas oportunidades para discussão, em sala de aula, dos pontos positivos e negativos daquilo que as alunas trouxeram de conflitos da vida acadêmica e profissional, dos tipos de enfoques, dos fatos marcantes, entre outros (LARYIONAVA, et al; 2018).

Neste curso, houve um estímulo para as profissionais apresentem seus conhecimentos e críticas com auxílio de bibliografia especializada para compreender a ética como parte da postura do profissional enfermeiro ajuda na tomada de decisões e respeito aos valores e autonomia do paciente. Porém, tanto no ambiente acadêmico como profissional, ainda é observado a dificuldade na solução de conflito de interesses envolvido (LIMA; ROSA, 2017).

Muitas vezes, o conflito aparece após um questionamento, uma rotina não explicada, opiniões diferentes, crenças e culturas não abordadas, fragilizando a confiança entre o paciente, a família e o enfermeiro que, por sua vez, não foi treinado para resolver ações conflitantes (BARBOSA, 2019).

A mesa redonda intitulada “Responsabilidade da Pesquisa na Plataforma Brasil e o Comitê de Ética e Pesquisa- CEP” contou com a participação de pesquisadores experientes que exploraram a temática de responsabilidade, a relevância dos termos de Consentimento e Assentimento. As alunas, então, puderam expor suas dúvidas e questionamentos a respeito de suas produções científicas, cadastro na Plataforma Brasil e encaminhamento dos projetos o Comitê de Ética e Pesquisa (COFEN, 2017).

Na segunda mesa redonda com a temática “Integridade Científica e a Formação Profissional”, foi convidada uma docente de uma Universidade Estadual da Bahia, onde foi refletido sobre a importância da conduta ética na escrita, na elaboração dos artigos para revistas e resumos para congressos (FROTA et al; 2020; JAMETON; 2017).

Nessa mesa redonda, foi possível perceber que a relevância estar não no que produzimos, mas como produzimos e toda esta tática de estudos serviram para aprimorar

a apresentação do segundo seminário sobre Tomada de Decisão onde foi realizada uma revisão sistemática para posterior produção de artigo.

Uma busca foi realizada nas bases de dados: *Nacional Library of Medicine* (Medline/ via PubMed) e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), *Current Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *Web of Science* e SCOPUS. Os termos utilizados em inglês: *experience, family, hospital, hospitalization, bioethics*, onde foram utilizados os operadores booleanos OR e AND. Foram incluídos os artigos completos que estavam disponíveis na íntegra, nos 5 últimos anos, pesquisas com seres humanos, nos idiomas inglês, português e espanhol, com idade de 60 anos. Os excluídos foram aqueles que trazer o cuidador contratado pela família e os textos duplicados, sendo considerados apenas uma vez.

Contudo, apenas 01 artigo, de 2016, analisado pela bioética narrativa, que entrevistou profissionais, pacientes e familiares na unidade hospitalar na cidade de Brasília-DF. Durante o processo de hospitalização, os sujeitos escolhidos estavam diretamente relacionados aos cuidados paliativos, onde abordou a respeito do sentido da vida, a espiritualidade e a sua relação com o sofrimento. As respostas dos entrevistados revelaram que os conflitos vividos por eles, os desafiam a repensar em si mesmos, a refletir sobre o sentido da vida e encontrar um propósito para o que vêm enfrentando (MANCHOLA, BRAZÃO, PULSHEN, SANTOS, 2016).

Durante essa busca, foi observado o quão complexo é o tema, além das lacunas existentes na enfermagem, pois em algumas produções vistas nas leituras foi visto que as enfermeiras não possuíam formação para tomar suas decisões, decidindo de forma equivocada a vida dos seus pacientes.

Os conflitos e dilemas éticos surgem na prática profissional e precisam ser solucionados. Dilema diz respeito a tomada de decisão diante de um problema, enquanto o conflito existe opiniões diferentes entre uma situação. Entretanto, uma pesquisa realizada com enfermeiros do Centro Cirúrgico (CC) num hospital público de Salvador-BA-Brasil relevou a dificuldade dos participantes em identificar e resolver dilemas e conflitos ético. Este resultado é preocupante, pois os enfermeiros do CC experienciam situações polêmicas onde precisam se sentirem seguras para a tomada de decisão (OLIVEIRA; SANTA ROSA, 2016).

Numa sociedade de direitos e deveres, cabe ao profissional entender a capacidade solucionar o problema, agir corretamente com responsabilidade na tomada de decisão e respeitar a autonomia e dignidade do indivíduo que, na sua vulnerabilidade, encontra-se fragilizado para a tomada de decisão mais coerente com relação ao seu quadro clínico (SILVA, et al; 2019).

Por fim, em agosto, houve uma roda de conversa riquíssima com a representante da Revista de Enfermagem, onde foram explanadas as dificuldades na produção de um artigo, desde a questão de pesquisa, os argumentos que devem ser usados para sustentar a relevância da sua problemática, assim como a metodologia adequada para realizar o seu estudo.

O encerramento com esta última roda de conversa nos despertou para a publicitação da disciplina de Ética e Bioética, pois percebe-se o raciocínio crítico do profissional tem seu espaço conquistado e a necessidade de construir metodologia ativa e o processo educativo como uma parceria, desenvolver uma visão crítica sobre os dilemas e conflitos nas situações do cotidiano é o grande desafio em uma sociedade com valores morais tão plurais.

CONCLUSÃO

Nesse relato de experiência é descrita a trajetória adotada para desenvolver metodologia. o introdutório trata-se de palestras realizadas pelas coordenadoras dos setores que aborda as rotinas destes locais, a fim de acolher os colaboradores novos e responder dúvidas e questionamentos que promova transformação em relação à forma anterior de transmissão do conhecimento. O objetivo foi atingido à medida que as demais turmas que passam pela disciplina e conseguem se identificar como agentes sociais dos inúmeros dilemas e conflitos éticos comuns nesse campo do conhecimento.

Trazer a ética e a bioética para o cotidiano da prática clínica e, com isso, provocar nos discentes a necessidade de refletir nas tomadas de decisão profissional, bem como em sua atuação na dimensão social é relevante, pois capacita o discente a compreender a ética de maneira mais ampla e profunda, contribuindo para a formação da reflexão cidadã.

Compete aos gestores das instituições de ensino ultrapassar conceitos fechados e implementar estratégias para a articulação dessas vertentes, a incorporação de tais estratégias é fundamental, para processo de mudança. Quanto aos alunos devem romper conceitos e paradigmas, permitir a instigação das reflexões sobre a temática e a criação de novos significados, contrários ao pensamento reducionista.

Destaca-se como principal limitação deste estudo, o tempo dispensado a tal atividade para os colaboradores.

REFERÊNCIAS

ARIAS-ROJAS M; CARREÑO-MORENO S; POSADA-LÓPEZ C. **Uncertainty in illness in family caregivers of palliative care patients and associated factors**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2019;27:e3200. [Access 11/12/2019]; Available in: www.eerp.usp.br/rlae URL . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3185.3200>.

BRITO, G.M.G.; ROSA, D.O.S. Nurses performance in clinical ethics committees and commissions: An integrative review. **Nursing Ethics** 1–12. The Author(s) 2017. Disponível: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0969733017724611?journalCode=neja>. Acesso: 02/07/2020

BALDONEDO-MOSTEIRO M, ALMEIDA MCS, BAPTISTA PCP, SÁNCHEZ-ZABALLOS M, RODRIGUEZ-DIAZ FJ, MOSTEIRO-DIAZ MP. **Burnout syndrome in Brazilian and Spanish nursing workers**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2019; 27:e3192. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/15188345.2818.3192>. DOI: 10.1590/1518-8345.2818.3192. Acesso: 01/12/2019.

BARBOSA M.L; RODRIGUES, H.N.S; CELINO, S.D.M; COSTA, G.M.C. **Conhecimento de profissionais de enfermagem sobre o código de ética que rege a profissão**. Rev baiana enferm [online]. 2017, 31(4):e21978. DOI: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v31i4.21978>. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/21978>. Acesso em 04/11/2019.

BARBOSA ACS, LUIZ FS, FRIEDRICH DBC, PÜSCHEL VAA, FARAH BF, CARBOGIM FC. **Profile of nursing graduates: competencies and professional insertion**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2019;27:e3205. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3222.3205>. DOI: 10.1590/15188345.3222.3205. Acesso em: 12/12/2019.

CELIS, I.V.; MÉNDEZ, C.C. **Moral Distress, Sign of Ethical Issues in the Practice of Oncology Nursing: Literature Review**. Aquichan. 2019; 19(1): e1913. Disponível: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/9742/5371>. DOI: 10.5294/aqui.2019.19.1.3. Acesso: 10/10/2019.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-572/2018. Disponível: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-572-2018_61633.html. Acesso: 02/07/2020.

COREN-BA. Conselho Regional de Enfermagem da Bahia. Presidente do COREN-BA dá posse a Comissão de Ética do Hospital da Bahia. Disponível: http://ba.corens.portalcofen.gov.br/presidente-do-coren-ba-da-posse-a-comissao-de-etica-do-hospital-da-bahia_40304.html. Acesso: 20/01/2020

Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Resolução nº 564, de 6 de novembro de 2017. Aprova o novo código de ética dos profissionais de enfermagem [Internet]. Brasília: Cofen, 2017. Disponível: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofenno-5642017_59145.html. Acesso em 12/12/2019.

FROTA, MA, WERMELINGER MCMW, VIEIRA LJS, XIMENES NETO FRG, QUEIROZ RSM, AMORIM RF. **Mapeando a formação do enfermeiro no Brasil: desafios para atuação em cenários complexos e globalizados**. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2020 Jan [cited 2020 Jan 17]; 25(1): 25-35. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232020000100025&lng=en. Epub Dec 20, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/141381232020251.27672019>.

GIL, A.C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2017.

JAMETON, A. A. **What Moral Distress in Nursing History Could Suggest about the Future of Health Care**. The AMA Journal of Ethic, 2017, jun 19(6): 617–628. Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28644792>. DOI:10.1001/journalofethics.2017.19.6.mhst1-1706

LARYIONAVA, K. et al. **The second patient? Family members of cancer patients and their role in end-of-life decision making**. BMC Palliative Care (2018) 17:29. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12904018-0288-2> Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/ebooks/29454337> Acesso em 19/11/2019.

LEGETT A.N et al. **Falls and Hospitalizations Among Persons With Dementia and Associated Caregiver Emotional Difficulties**. The Gerontologist. 2018, 58(2):e78–e86, Disponível em: <https://academic.oup.com/gerontologist/article/58/2/e78/4818234> DOI: 10.1093/geront/gnx202. Acesso: 10/01/2020.

LIMA, B.A; SANTA ROSA, D.O. **Significados de la responsabilidad por el cuidar/cuidado por estudiantes de enfermería: un estudio fenomenológico**. Ética de los Cuidados [online] 2017 jan-jun; 10(19). Disponível em <http://www.index-f.com/eticuidado/n19/et10781r.php>. Acesso em: 05/07/2019.

NEVES L, GONDIM AA, SOARES SCMR, COELHO DP, PINHEIRO JAM. O impacto do processo de hospitalização para o acompanhante familiar do paciente crítico crônico internado em Unidade de Terapia Semi-Intensiva. **Esc Anna Nery**. 2018;22(2):e20170304.

Disponível: http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n2/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0304.pdf. Acesso: 28/06/2020

OGUISSO, Taka; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. **Ética e bioética: desafio para enfermagem e a saúde**. 2ªed. Barueri, SP: Manole, 2019.

OLIVEIRA, M.A.N.; SANTA ROSA, D.O. **Conflitos e dilemas éticos: vivências de enfermeiras no centro cirúrgico**. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 30, n. 1, p. 344-355, jan./mar. 2016. https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/14237/pdf_33 DOI: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v1i1.14237>. Acesso: 20/04/2019.

POTTER, V.R. **Bioética - Ponte Para o Futuro**. Ed. Loyola, 2016. RODRÍGUEZ, D.E.C. **Aplicación de la bioética ambiental en el ejercicio profesional de la enfermeira**. Revista Cubana de Enfermería. 2019, 35(1). Disponível: www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/rt/printerFriendly/1644/428

SILVA TN, et al. **Deontological aspects of the nursing profession: understanding the code of ethics**. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(1):3-10. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/00347167-2016-0565>. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0565. Acesso: 14/12/2019.

VEGA MONSALVE, Ninfa Del Carmen; SERNA-GOMEZ, Hector Mauricio. **Validación de un cuestionario sobre condiciones de salud y bienestar psicológico en el personal de enfermería**. Revista Cubana de Enfermería, [S.l.], 35(1), may. 2019. ISSN 1561-2961. Disponível: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1653/413>. Acesso: 15/01/2020.

VERAS SMCB, MENEZES TMO, GUERRERO-CASTAÑEDA RF, SOARES MV, ANTON NETO FR, PEREIRA GS. **O cuidado da enfermeira à dimensão espiritual da pessoa idosa hospitalizada**. Rev Bras Enferm. 2019;72(Suppl 2):247-54. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0685>. Acesso: 16/12/2019.

de VRIES, K., BANISTER, E., DENING, K. H., & OCHIENG, B. **Advance care planning for older people: The influence of ethnicity, religiosity, spirituality and health literacy**. Nursing Ethics, 26(7-8), 1946-1954, 2019. Disponível: <https://doi.org/10.1177/0969733019833130>

Kelvyta Fernanda Almeida Lago Lopes

Doutoranda em Enfermagem/ Universidade Federal do Piauí (UFPI);
Mestre em Saúde da Família/ Universidade Federal do Maranhão (UFMA);
Enfermeira do Centro Especializado em Assistência Materno Infantil (CEAMI)/
Caxias-MA; Docente na Universidade Estadual do Maranhão (UEMA).

Aliny de Oliveira Pedrosa

Mestre em Enfermagem/ Universidade Federal do Piauí (UFPI);
Enfermeira; Coordenadora do Núcleo de Ensino e Pesquisa do Centro Especializado
em Assistência Materno Infantil (CEAMI)/ Caxias -MA.

Alana Ilmara Pereira da Costa

Especialista em Saúde Pública e Saúde da Família/ Faculdade de Ensino Superior Dom Bosco;
Especialista em Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde/ Sírio Libanês; Enfermeira;
Graduada pela Universidade do Estado do Pará (UEPA);
Enfermeira da Estratégia Saúde da Família (Fundação Municipal
de Saúde-FMS)/ Teresina- PI.

Egislane da Silva Sales

Especialista em Nefrologia/ Centro Universitário de Ciências e Tecnologia
do Maranhão (UNIFACEMA); Enfermeira do Centro Especializado em
Assistência Materno Infantil (CEAMI)/ Caxias-MA.

Maráisa Pereira Sena

Mestranda em Saúde da Mulher / Universidade Federal do Piauí (UFPI);
Especialista em Saúde Materno-Infantil/ Universidade Federal do Maranhão (UFMA);
Enfermeira do Centro Especializado em Assistência Materno Infantil (CEAMI)/
Caxias-MA; Enfermeira/Apoiadora da Planificação na Atenção Primária à
Saúde na Secretaria Municipal de Saúde /São João do Sóter-MA.

Natália Pereira Marinelli

Doutoranda em Tecnologia e Sociedade; Mestre em Engenharia Biomédica; Enfermeira;
Docente do Colégio Técnico de Teresina/ Universidade Federal do Piauí (UFPI).

RESUMO

A taxa de mortalidade materno-infantil está relacionada diretamente à qualidade da assistência prestada no planejamento reprodutivo, monitoramento, diagnóstico precoce e tratamento eficaz das complicações que podem surgir principalmente em situações onde as gestantes e as crianças são estratificadas como alto risco. Este estudo objetiva descrever a assistência de enfermagem a crianças e gestantes de alto risco de um ambulatório multiprofissional em processo de planificação. Trata-se de um relato de experiência, de caráter qualitativo, realizado por enfermeiras em um ambulatório especializado no atendimento materno-infantil, localizado em um município no interior do Maranhão. O atendimento de crianças e gestantes acontece após a estratificação de risco, realizada na Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo confirmado pela enfermeira ao chegar no ambulatório. No primeiro atendimento de enfermagem é realizado a anamnese, exame físico, diagnósticos de enfermagem, orientações e condutas de forma individual e holística, bem como orientação ao fortalecimento do vínculo à ESF de origem, onde um plano de cuidados é compartilhado com essa equipe, contendo todas as informações

pertinentes à assistência dispensada ao paciente. É condição *sine qua non*, que o enfermeiro disponha de conhecimentos técnicos-científicos especializados para o grupo em atendimento, levando em consideração a situação de risco em que cada paciente se encontra. Diante do exposto, nota-se que com o intuito, sobretudo, de favorecer a redução dos índices de morbimortalidade bem como a reabilitação dos agravos, é neste cenário que emerge a assistência de enfermagem consolidando seu papel ímpar no melhor e mais seguro cuidado aos usuários, integrando uma equipe embasada em evidências científicas atualizadas e, dessa forma, assegurando informações de grande relevância e impacto positivo na estabilização, reabilitação e/ou plena recuperação das gestantes e crianças assistidas nesses pontos da Rede de Atenção à Saúde.

Descritores: gestação de alto risco; enfermagem pediátrica; assistência de enfermagem.

INTRODUÇÃO

A mortalidade materna e a mortalidade na infância são temas presentes na agenda de prioridades da saúde pública global devido às altas taxas em muitos países. Os Objetivos do Milênio de reduzir a mortalidade na infância em 67% e a materna em 75%, de 1990 a 2015, não foram alcançados globalmente. A redução média mundial desses indicadores foi de 53% e 47%, respectivamente. A mortalidade na infância reduziu mais entre países desenvolvidos que naqueles em desenvolvimento, aumentando a desigualdade global na infância: enquanto que a mortalidade materna reduziu 37% em países desenvolvidos, foram 47% naqueles em desenvolvimento. A mortalidade na infância teve importante declínio no Brasil e em todas as unidades federativas entre 1990 e 2015, e uma tendência a maior homogeneização das taxas, reduzindo os diferenciais de mortalidade entre os estados. O Brasil cumpriu a meta dos objetivos do milênio para esse indicador. Por outro lado, a morte materna declinou 56%, o país não cumpriu a meta, mas ficou 19% acima da redução média mundial. Apesar do sucesso da redução da mortalidade na infância, e, mesmo, da morte materna nos últimos 25 anos, foram identificados riscos recentemente. (BRASIL,2019).

A gestação de alto risco pode ser classificada quando é identificado patologia e/ou problemas na saúde da mãe durante o ciclo gravídico ou o agravamento de uma condição pré-existente, que ameaça tanto a saúde materna quanto do feto. Podem ser de caráter patológico (diabete mellitus, hipertensão arterial, hemorragias, entre outras), ou encontrado no campo psicossocial (imaturidade psicológica, conflitos familiares, entre outros (FRIGO et.al,2013).

O Ministério da Saúde classifica os fatores de risco como: características individuais e condições sociodemográficas adversas, história reprodutiva antecedente à gestação atual, condições clínicas prévias, e ainda há aqueles fatores que podem ocorrer durante a gestação como: exposição imprópria ou de forma acidental a fatores teratogênicos, doença obstétrica na gestação atual e intercorrências clínicas. De modo geral, essas mulheres são atendidas inicialmente no nível primário e quando um ou mais riscos são identificados, elas são posteriormente referenciadas para níveis mais complexos de atenção à saúde (BRASIL,2012).

Brasil (2012) define RN de risco como aquele exposto a situações em que há maior risco de evolução desfavorável, que precisam ser identificadas imediatamente pela equipe de saúde, por tratarem-se de atenção especial e prioritária. Essas situações podem ser desencadeadas no nascimento – RN de risco ao nascer – ou serem desenvolvidas ao longo do crescimento da criança. De acordo com a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e a Redução da Mortalidade Infantil 20, constituem-se critérios para

estratificação de alto risco: baixo nível socioeconômico, história de morte de criança menor de 5 anos na família, gravidez explicitamente indesejada, mãe adolescente (<20 anos), RN pré-termo (<37 semanas), RN com baixo peso ao nascer (<2.500g) e mãe com baixa instrução (< Oito anos de estudo).

A atenção primária em saúde desempenha essencial papel na vigilância em saúde da criança buscando identificar precocemente os fatores de riscos adquiridas, como desnutrição e internações de repetição. A criança de alto risco demanda cuidados oriundos da equipe da atenção básica de saúde com maior frequência, e demanda acompanhamento especializado por profissionais habilitados. Essas crianças devem ser assistidas preferencialmente nos ambulatórios de alto risco, além do acompanhamento pela atenção básica, conforme a rede de atenção regionalizada (BRASIL,2012).

A mortalidade materna e a mortalidade na infância são temas presentes na agenda de prioridades da saúde pública global devido às altas taxas em muitos países. Os Objetivos do Milênio de reduzir a mortalidade na infância em 67% e a materna em 75%, de 1990 a 2015, não foram alcançados globalmente. A mortalidade na infância teve importante declínio no Brasil entre 1990 e 2015. Por outro lado, a morte materna declinou 56%, o país não cumpriu a meta, mas ficou 19% acima da redução média mundial. Apesar do sucesso da redução da mortalidade na infância, e, mesmo, da morte materna nos últimos 25 anos, foram identificados riscos recentemente. (BRASIL,2019). Considera-se mortalidade materna todo óbito ocorrido durante uma gravidez ou após o puerpério, provocado por causas obstétricas diretas ou indiretas, independentemente da localização ou da duração da gravidez (FRAIA, et al., 2012).

A taxa de mortalidade materno-infantil está relacionada diretamente à qualidade da assistência prestada no planejamento reprodutivo, monitoramento, diagnóstico precoce e tratamento eficaz das complicações que podem surgir durante o pré-natal, parto e puerpério, garantindo assim o direito fundamental do ser humano que é o direito à vida (BUSTREO et al, 2013). A Taxa de Mortalidade Infantil representa o número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Compreende a soma dos óbitos ocorridos no período neonatal precoce (0-6 dias de vida), neonatal tardio (7-27 dias de vida) e pós- neonatal (28 dias e mais) (BRASIL, 2010).

Em 2010, o Ministério da Saúde publicou as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS)(BRASIL,2010) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e, em 2011, as diretrizes específicas para a implantação da Rede Cegonha como estratégia central para organização e qualificação da atenção à saúde da mulher e da criança nas regiões de saúde (BRASIL,2011). É fundamental a comunicação eficaz entre os serviços de saúde nas redes de atenção, garantindo a integralidade da assistência prestada de acordos para o funcionamento dos serviços e definição de atribuições e responsabilidades dos profissionais. Isso possibilitará a continuidade da assistência, otimizando recursos e provendo atenção resolutiva com potencial de redução da mortalidade por causas evitáveis e sequelas que podem comprometer a vida das crianças e suas famílias. (BRASIL, 2020).

O enfermeiro é um profissional fundamental para o trabalho multiprofissional em saúde, responsabilizando-se pela assistência de enfermagem em seus diferentes estratos de atenção, com competência para realizar ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação (RODRIGUES et al., 2016). Portanto, o enfermeiro deve, inserido numa equipe multiprofissional e interdisciplinar, priorizar na assistência pré-natal a detecção precoce dos fatores de risco. No acompanhamento e avaliação dinâmicos da gestante/puérpera, precisa ser vigilante fazendo a reestratificação de risco a cada consulta de enfermagem, assim como durante o trabalho de parto e acompanhamento puerperal (BRASIL, 2012).

O objetivo deste estudo é descrever a assistência de enfermagem a crianças e gestantes de alto risco de um ambulatório multiprofissional em processo de planificação.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa, tipo relato de experiência, realizado por enfermeiras em um ambulatório especializado no atendimento materno-infantil, localizado em um município no interior do Maranhão. O relato de experiência é uma ferramenta de pesquisa que busca apresentar uma reflexão sobre uma ação ou um conjunto de ações direcionadas a uma prática vivenciada no âmbito profissional ou educacional dentro do contexto de interesse da comunidade acadêmica (CAVALCANTE; LIMA, 2012). O cenário foi o Centro Especializado em Atendimento Materno Infantil (CEAMI), na cidade de Caxias- MA, onde o estudo faz uma descrição do atendimento de enfermagem a crianças e gestantes de alto risco.

O CEAMI atua através do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) que consiste no cuidado às situações de saúde de curso mais ou menos longo ou permanente que exigem respostas e ações contínuas, proativas e integradas do sistema de atenção à saúde, ou seja assiste usuários estratificados como alto ou muito alto risco. A sua implantação, através da Planificação da Atenção à Saúde, exigiu uma reorganização do serviço e delimitação de subpopulações estratificadas por riscos sendo o produto final a construção de um plano de cuidado elaborado por uma equipe interdisciplinar.

Nesse modelo, o envolvimento da equipe não ocorre apenas pela absorção de novos processos de trabalho, mas, também pelo desenvolvimento de suas capacidades de pensar esses processos, reconhecer as necessidades de mudanças, conhecer as Redes de Atenção à Saúde e por fim definir quais as melhores estratégias para provocar essas mudanças garantindo a continuidade do cuidado e a qualidade na assistência (MENDES,2012).

O ambulatório especializado oferece um atendimento multiprofissional, com atuação interdisciplinar, no âmbito materno e infantil, sendo estes usuários advindos da Estratégia Saúde da Família (ESF), estratificadas como alto risco, onde estas recebem atendimento pediátrico ou obstétrico, nas áreas de enfermagem, psicologia, fonoaudiologia, nutrição, fisioterapia e serviço social. O atendimento de crianças e gestantes acontece após a reestratificação do risco, sendo confirmado pela enfermeira ao chegar no Centro. Vale ressaltar que com a implantação do MACC, houve a redução de filas de espera por atendimento, assim como a garantia de que o usuário seja atendido com data e hora marcada, já ciente desde o agendamento por quais profissionais receberá assistência durante um circuito de atendimentos que acontece no mesmo dia (GOMES et al, 2019).

RESULTADOS

Ao adentrarem no CEAMI, a gestante ou a criança e seu cuidador/responsável são acolhidos e direcionados para os atendimentos previamente agendados, sendo avaliado sinais vitais e dados antropométricos previamente ao atendimento da enfermeira, que procede com a reestratificação de risco a fim de confirmar se a condição identificada na ESF realmente configura-se como alto ou muito alto risco, após confirmação do risco, é realizada a consulta de enfermagem, prosseguindo em forma de circuito com o atendimento dos demais profissionais que compõem a equipe interdisciplinar.

A consulta de enfermagem é efetivada de maneira sistemática, realizando-se com a anamnese, exame físico, diagnósticos de enfermagem, orientações e condutas de forma individual e holística, bem como orientação ao fortalecimento e continuidade do vínculo à

unidade básica de saúde (UBS) de origem. Além disso, a enfermeira realiza a cada consulta subsequente o monitoramento das ações e metas pactuadas.

Um instrumento intitulado de Plano de Cuidados, é utilizado de forma compartilhado com a Atenção Primária à Saúde, em que são registrados todas as informações pertinentes à assistência dispensada a mulher grávida ou ao usuário menor de idade como: avaliação e diagnóstico de enfermagem, solicitação de exames protocolados, resultados dos exames, prescrições de enfermagem, encaminhamentos para outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), recomendações e pactuações.

Este plano é composto pelos registros de todos os profissionais da equipe multiprofissional com vistas à sua estabilização, reabilitação e/ou completa recuperação. Assim o usuário recebe uma via deste plano comprometendo-se com as ações pactuadas que lhe cabem a ser realizadas e outra via é encaminhada para a ESF responsável pelo usuário, no intuito de subsidiar o acompanhamento compartilhado entre estes dois pontos da RAS: CEAMI e ESF, configurando-se assim como um instrumento de comunicação entre os profissionais que permite o monitoramento dos casos.

Ressalta-se durante o atendimento neste ambulatório, os usuários participam de atividades diárias de educação em saúde, onde são abordados diferentes temáticas em prol do conhecimento e autocuidado e que a educação permanente envolve todos os profissionais, com incentivo permanente através do Núcleo de Ensino e Pesquisa (NEP) que faz toda a organização e motivação frequente para os estudos científicos e busca por atualização constante, o que favorece ainda mais o sucesso de condutas, cuidados e orientações, em especial de enfermagem, elevando os desfechos favoráveis no atendimento ao público em questão.

É condição *sine qua non*, que o enfermeiro que atua na assistência no CEAMI, disponha de conhecimentos técnicos-científicos especializados para o grupo em atendimento, levando em consideração toda a situação de risco em que se encontram cada usuária grávida ou criança, mediante condutas de prevenção e cuidados aos agravos à saúde e a morbimortalidade, baseando-se sempre em protocolos e discussão de casos entre a equipe.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, nota-se que com o intuito, sobretudo, de favorecer a redução dos índices de morbimortalidade bem como a reabilitação dos agravos, é neste cenário que emerge a assistência de enfermagem consolidando seu papel ímpar no melhor e mais seguro cuidado aos usuários, integrando uma equipe embasada em evidências científicas atualizadas e, dessa forma, assegurando informações de grande relevância e impacto positivo na estabilização, reabilitação e/ou plena recuperação das gestantes e crianças assistidas nesses pontos da Rede de Atenção à Saúde.

Ressalta-se que o processo de Planificação da Atenção à Saúde tanto na Atenção Primária à Saúde/Estratégia Saúde da Família como na Atenção Ambulatorial Especializada/CEAMI no interior do Maranhão, certamente tem viabilizado e estimulado um cuidado multiprofissional, interdisciplinar e compartilhado.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Este relato de experiência evidencia a importância da inserção da enfermagem na equipe multidisciplinar atuante no ambulatório de atendimento materno infantil, contribuindo efetivamente na interação entre os profissionais, com reflexo positivo na assistência ao usuário, de modo a propiciar uma visão global da situação de saúde, buscando sempre favorecer o autocuidado apoiado.

A partir da prática de enfermagem vivenciada e à luz das evidências científicas mais atuais, transparece-se que o enfermeiro frente ao atendimento de crianças e gestantes de alto risco na atenção ambulatorial especializada é um meio eficaz de contribuir para o cuidado integral e seguro, notadamente no tocante à possuir o perfil técnico-científico apropriado e com todos os requisitos necessários não somente para o processo de desempenhar uma reestratificação adequada como também de colaborar de sobremaneira para a garantia e efetivação da continuidade do cuidado, sempre com foco no cuidado do usuário.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), anos 2015 a 2017. Razão de mortalidade materna em 2015: 57,59/100.000 nascidos vivos; em 2016: 58,44/100.000 nascidos vivos; em 2017: 58,76/100.000 nascidos vivos (<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02> - acesso em 12 de agosto de 2019).

BRASIL, 2000. Ministério da Saúde. **INDICADORES DE MORTALIDADE**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2000/fqc01.htm>>. Acesso em: 08 julho de 2020.

BRASIL. Ministério de Saúde. Portaria 4.279, 30 dezembro 2010 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Dez. 2010. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf> Acesso em: 08 junho de 2020.

BRASIL. Ministério de Saúde. Rede Cegonha. Brasília, DF. Jun. 2011. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html> Acesso em: 08 junho de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Brasília, DF. 2018. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2017_analise_situacao_saude_desafios_objetivos_desenvolvimento_sustentavel.pdf> Acesso em: 08 junho de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Gestação de alto risco: Manual Técnico [Internet]. Jun. 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf> Acesso em: 08 junho de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Saúde Brasil 2018 uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2018_analise_situacao_saude_doencas_agravos_cronicos_desafios_perspectivas.pdf> Acesso em: 02 junho de 2020.

BUSTREO, F.; SAY, L.; KOBLINSKY, M.; et al. Ending Preventable Maternal Deaths: The Time Is Now. **Lancet Glob Health** [Internet]. 2013 [cited 2017 Jul 22];1(4). Disponível em: < [http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(13\)70059-7/abstract](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(13)70059-7/abstract)>

CAVALCANTE, B. L. L.; LIMA, U. T. S. Relato de experiência de uma estudante de Enfermagem em um consultório especializado em tratamento de feridas. **Journal of Nursing Health**, Pelotas, Rio Grande do Sul, v. 1, n. 12, p.94-103, jan/jun. 2012.

FARIA, D.R.; SOUSA, R.C.; COSTA, T.J.N.M.; LEITE, I.C.G. Mortalidade materna em cidade-polo de assistência na região Sudeste: tendência temporal e determinantes sociais. **Rev Méd Minas Gerais** [Internet]. 2012 [cited 2017 Apr 20]; 22(1):1-128. Disponível em: < <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/121>> Acesso em: 08 junho de 2020.

FRIGO, J.; BRINGHENTI, L.M.; GOLLO, A.A.R.; et al. Perfil epidemiológico das gestantes com doença hipertensiva específica da gestação atendidas no serviço de referência municipal. *Enferm Foco* [Internet]. 2013 [cited 2019 Mar 05]; 4(2):109-11. Disponível em: < <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/523/206>> Acesso em: 10 junho de 2020.

GOMES, M.N.A.; SANTOS, L.K.O.; MATOS, M.A.B.; LOPES, et al. Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada. Ministério da Saúde. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

RODRIGUES, A.R.M.; RODRIGUES, D.P.; VIANA A.B.; et al. Cuidado de enfermagem na gestação de alto risco: revisão integrativa. *Online Brazilian Journal of Nursing*, Vol 15, No 3 (2016).

Bruna Nadaletti de Araújo

Enfermeira. Mestre em Educação. Docente na Universidade do
Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - Unijuí
bruna.dearaujo@unijui.edu.br

Fabiane Pertille

Enfermeira. Mestre em Biociências e Saúde. Docente na Universidade do
Estado de Santa Catarina - Chapecó
fabi_m2008@hotmail.com

Daniella Regina Farinella Jora

Enfermeira. Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho
(Univali)- Florianópolis – SC
daniellaenf@hormail.com

RESUMO

A era tecnológica impõe desafios para as práticas pedagógicas na Enfermagem, onde as metodologias de construção do conhecimento convencionais dividem espaço com estratégias criativas com participação ativa do aluno no processo ensino aprendizagem. O *Design Thinking* se apresenta como uma potencialidade pedagógica para gerar reflexão conjunta frente a um problema ao fomentar que diferentes profissionais se envolvam diretamente com uma situação problema. Objetivo: relatar uma experiência docente na área da Enfermagem por meio da utilização da metodologia de *Design Thinking* em uma Universidade do interior do estado do Rio Grande do Sul. Método: estudo descritivo do tipo relato de experiência desenvolvido no contexto da disciplina denominada Educação em Saúde, a qual constitui a grade curricular do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ, utilizando o *Design Thinking* como estratégia pedagógica. Resultados: a turma de alunos foi dividida em três grupos onde cada grupo ficou responsável por determinado público alvo (criança, adulto ou idoso). Através da pergunta norteadora “Qual a principal dificuldade encontrada, na sua percepção, frente ao atendimento de pacientes na faixa etária (criança, adulto, idoso)?” os alunos coletaram informações com um Enfermeiro que atua na assistência com o público alvo escolhido através de email, áudio e/ou reunião via plataforma Google Meet, devido a atual conjuntura global e com restrição social impostas pela pandemia. Conclusão: o uso de metodologias ativas que buscam a inovação contribuem significativamente para as habilidades consideradas essenciais na atuação do Enfermeiro. Uma das premissas do *Design thinking* evidenciada pelos alunos foi o trabalho colaborativo, no sentido de que conseguiram visualizar na prática a sinergia e trabalho em equipe. Reafirmamos a necessidade da inserção das metodologias ativas no processo formativo, bem como o compartilhamento dessas experiências a fim de incentivar e auxiliar outros docentes na sua utilização.

Descritores: Formação em Enfermagem. Metodologias Ativas. *Design Thinking*.

INTRODUÇÃO

O mundo globalizado aliado a velocidade da informação e do conhecimento tem sido marcante inclusive na área educacional. As relações de mercado transformam-se com volatilidade, as tecnologias desenvolvem-se cada vez mais rápido, a forma de trabalho nas empresas modifica-se a cada dia e, assim, torna-se imprescindível inovar constantemente para manter-se competitivo e buscar desenvolvimento econômico e social. (RECHE; MUNIZ, 2018) Novas abordagens pedagógicas, uso de diferentes plataformas, acesso ilimitado ao conhecimento, publicização facilitada são algumas situações que exemplificam este cenário que segue desafiador e instigante, inclusive na perspectiva da enfermagem.

Reflexos destas particularidades também são percebidos no ambiente corporativo, na área de gestão de pessoas, buscando desde o processo de recrutamento e seleção, reter as pessoas que possuam capacidade de resolver problemas complexos, análise crítica da situação e visão sistêmica dos processos de trabalho, somado às competências já valorizadas pelo meio. Estas “novas” habilidades configuram-se como diferencial competitivo dentro das organizações ao se aproximarem da complexidade de trabalho, uso de novas tecnologias e necessidade constante de assertividade.

Algumas competências profissionais são fortemente influenciadas pelo meio acadêmico, quando estratégias pedagógicas incentivam a aproximação e vivência do mundo prático, contato com o paciente e articulação crescente de diferentes competências. Neste processo formativo, tem sido perceptível a reformulação de ações de ensino com o intuito de desmistificar condutas outrora consideradas válidas ou únicas, criando espaços potenciais para uma nova geração de profissionais que acompanha as necessidades do mundo do trabalho.

Os formatos de transmissão do conhecimento convencionais aos poucos dividem espaço com estratégias lúdicas, criativas e menos formais, onde o aluno possa mobilizar experiências prévias que combinadas com ações pedagógicas informais possa culminar para a tríade aprender, desaprender e reaprender e não exclusivamente, na recepção do conhecimento de forma pronta e estática. A formação de profissionais em saúde críticos, reflexivos e transformadores de suas realidades está intimamente ligada às concepções pedagógicas que estimulam a aprender a aprender, o que pode ser adotado nas práticas profissionais de educação em saúde aos usuários, famílias e comunidades as quais vão atuar. (MACEDO et al.,2018).

No contexto do processo ensino-aprendizagem, é de extrema importância que o planejamento docente se aproprie de Metodologias Ativas de Aprendizagem, que são um conjunto de procedimentos didáticos centrados no aluno, expressos pelos métodos e técnicas de ensino com forte caráter colaborativo e participativo, tendo docente como mediador, de forma a alcançar os objetivos de ensino e a propiciar experiências de aprendizagem significativas (SENAC, 2018).

Ao pensarmos que a forma de aprender modificou-se, também faz-se necessário analisar as formas de ensinar, visto que a escola é um cenário influenciável por questões sociais e culturais, que em contrapartida também influencia de maneira direta a forma como as pessoas compreendem o mundo e são reativas ao mesmo. A sociedade do conhecimento é o contexto em que a informação e o conhecimento são condições essenciais para o exercício pleno da cidadania em uma sociedade permeada por tecnologia, e em que esse exercício é convergido em uma nova força de trabalho e capital, solucionando problemas sociais com o uso intensivo da informação e do conhecimento, por sua acumulação, criação, reprodução e disseminação (MARTINS *et al.*, 2015).

No cenário da enfermagem, os problemas de saúde costumam ser multifacetados e constituem-se na maioria das vezes como complexos. Essa característica reforça a necessidade de que os conhecimentos técnico-científicos somados as habilidades

específicas e comportamentos esperados possam contextualizar, elucidar e propor a solução ideal. Diante das diversas transformações ocorridas no campo da saúde, que têm demandado novas posturas em face aos obstáculos e desafios impostos, surge a necessidade de formar indivíduos críticos, reflexivos, autônomos, criativos e inovadores (FUJITA et al., 2016).

Estratégias educacionais são continuamente repensadas dentro dos processos formativos como uma forma de promover a aprendizagem significativa. Acompanhando a era do conhecimento, possibilidades como o Design Thinking são aplicáveis a dimensão educativa e/ou corporativa, inclusive no contexto educacional na enfermagem, mesmo que ainda discreta. Popularizada nos anos 2000, se apresenta como uma potencialidade para gerar reflexão conjunta frente a um problema ao fomentar que diferentes profissionais se envolvam diretamente com uma situação problema, para pensar coletivamente de forma a contribuir na solução. É preciso ensinar no mundo, e não mais sobre o mundo.

É fundamental fazer parte do problema, em vez de simular o problema em ambientes controlados. É essencial entender que a escola não é um mundo à parte, que a sala de aula não é um lugar específico, mas um grupo de pessoas, que os problemas do mundo moldam a sala de aula e que pessoas e suas histórias e contextos são parte desse problema (MARTINS *et al.*, 2015). Este movimento gerado a partir do design thinking cria e incentiva as pessoas envolvidas a refletirem sobre uma determinada situação com o intuito de gerar informação que seja funcional e resolutiva, onde diferentes pontos de vista são estimulados para que em conjunto possam convergir em busca da melhor alternativa.

Nesse sentido, a escolha por uma ou outra metodologia de ensino e aprendizagem está relacionada ao posicionamento e à intenção pedagógica da Instituição diante das demandas da sociedade e do contexto educacional, do qual essa instituição aderiu no seu Projeto Político Pedagógico.

Frente ao exposto, objetiva-se relatar uma experiência docente na área da Enfermagem através da utilização da metodologia *Design Thinking* em uma universidade do interior do estado do Rio Grande do Sul.

METODOLOGIA

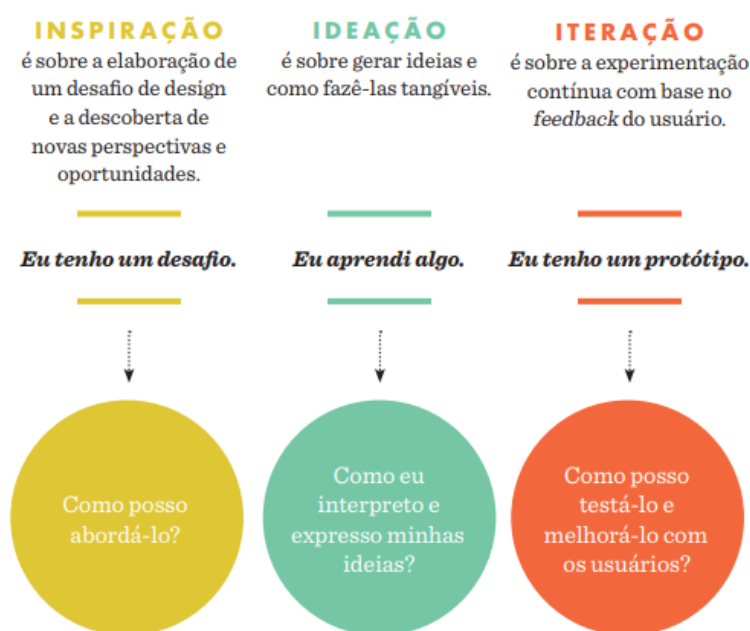
O presente capítulo refere-se à um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido no contexto da disciplina denominada Educação em Saúde, a qual constitui a grade curricular do curso de graduação em enfermagem da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUÍ, localizada na cidade de Ijuí, no interior do estado do Rio Grande do Sul. Essa disciplina possui como objetivos: - Problematizar o cenário da educação em saúde nos dias atuais como forma de compreender, interagir e comprometer-se com o mesmo; - Proporcionar um ambiente de troca de conhecimentos e experiências acerca da educação em saúde; - Refletir o processo de educação em saúde nos diversos cenários da saúde; - Identificar necessidades reais existentes e a partir da aplicabilidade de uma metodologia inovadora propor estratégias/ações de educação em saúde.

Sendo assim, para que o último objetivo acima exposto pudesse ser alcançado, a base metodológica utilizada na principal atividade avaliativa da disciplina foi o Design Thinking (DT), que emprega a empatia, a inovação e o trabalho colaborativo em suas premissas, indo efetivamente ao encontro das demandas encontradas frente aos problemas a serem solucionados nos serviços de saúde. Ainda, a criatividade e a racionalidade são outras características que se destacam na metodologia do DT, completando a combinação de habilidades para que se atinja o objetivo principal, que é atender as necessidades do cliente em foco.

O processo de *Design Thinking* é mais adequado quando pensado a partir de um sistema de sobreposição de fases, em vez de uma sequência de medidas ordenadas de forma linear. Os participantes deverão ter em mente três fases: inspiração, ideação e iteração. Uma vez que transita de uma ideia a uma oferta sustentável, você “começa a escalar”; isso significa que sua ideia tem amplo impacto e capacidade de realizar uma mudança organizacional e, até mesmo, sistêmica. A medida que os participantes interagem, é importante que saibam que o processo não é linear, ele alterna entre pensamentos convergentes e divergentes, abstratos e concretos (SOUZA, 2015).

O mesmo autor descreve que durante o processo de trabalho, são utilizados Termos Alternativos importantes em cada fase. 1) Inspiração: momento de explorar, descobrir, escutar, interpretar, empatizar e definir; 2) Ideação: oportunidade de idealizar, criar e prototipar a solução proposta pelo grupo de trabalho; 3) Iteração: Essa fase do processo é o momento de implementar, experimentar, entregar, evoluir e testar a solução junto ao seu público alvo, ou seja, para público que de fato vai utilizar sua inovação. A Figura 1 expõe as fases:

Figura 1: O processo de *Design Thinking*



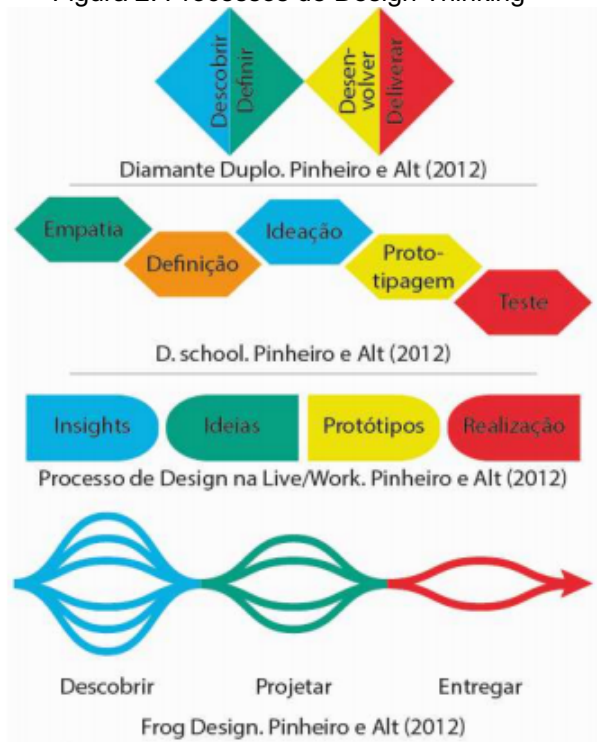
Fonte: Souza, 2015.

Segundo Santos e Gaebler (2015), apresentam dois infográficos com demonstração das etapas do processo de *Design Thinking*, sendo um processo de expandir e refinar observado pelo Design Council recebeu o nome de Diamante Duplo. O Diamante Duplo não se refere a um modelo linear, “é livre para seguir uma natureza interativa” (PINHEIRO; ALT, 2011, p. 44). É composto por quatro etapas: descobrir (diverge), definir (converge), desenvolver (diverge) e entregar (converge).

Ao investigar as metodologias de Design Thinking propostas por outros autores e consultorias, foi possível perceber uma estrutura muito semelhante ao Diamante Duplo. Nas figuras 2 e 3 estão destacados os principais processos encontrados na pesquisa bibliográfica.

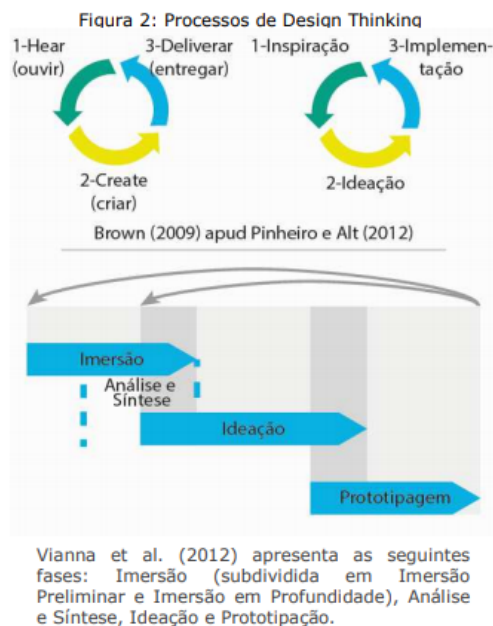
Utilizou-se as etapas propostas pelo Diamante Duplo a fim de identificar as ferramentas para cada uma das fases (descobrir, definir, desenvolver e entregar) e assim contribuir com os profissionais e a academia na seleção das ferramentas adequadas para seus projetos.

Figura 2: Processos de Design Thinking



Fonte: Santos e Gaebler(2015)

Figura 3: Processos de Design Thinking



Fonte: Santos e Gaebler(2015)

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Inicialmente, no primeiro dia de aula, a turma que era constituída por 14 estudantes, foi subdividida em três grupos, cuja divisão foi realizada pela professora responsável pela condução das aulas, com o intuito de evitar a estruturação dos grupos possuindo como critério único a afinidade entre os estudantes, mas sim instigando a diversidade de perfis e opiniões dos integrantes. Após a formação dos grupos (G1, G2 e G3), foi realizado o sorteio da faixa etária da população que cada grupo teria como referência: criança, adulto ou idoso.

Cabe salientar que, em virtude de algumas particularidades, como a disciplina possuir apenas dois créditos e logo no início do seu desenvolvimento ter-se iniciado o isolamento social decorrente do momento pandêmico vivenciado e associado ao COVID-19, alguns detalhes da metodologia Design Thinking precisaram ser adaptados para que sua operacionalização fosse possível.

A partir disso, a definição do público alvo dos grupos foi a seguinte: G1 - criança; G2 - adulto; G3 - idoso. Na sequência foi elaborada, de forma colaborativa entre a professora e os estudantes, a pergunta norteadora para a definição do problema principal. Após uma discussão rica, na qual foram considerados os conhecimentos e experiências prévios dos estudantes, a pergunta estabelecida foi a seguinte: **Qual a principal dificuldade encontrada, na sua percepção, frente ao atendimento de pacientes na faixa**

etária (cada grupo utilizou a sua faixa etária)? Ao definir a pergunta norteadora, é importante idealizar que ela incentive as pessoas a contarem as suas história e evite perguntas que induzam a respostas fechadas como sim/não/talvez.

No planejamento inicial da disciplina, tinha-se definido como sujeito a ser entrevistado/observado para a definição do problema, um profissional enfermeiro que desenvolve-se suas atividades profissionais em um serviço de saúde prestador de assistência ao público alvo de cada grupo, o qual seria escolhido com autonomia pelo grupo. Os estudantes, acompanhados de uma carta de apresentação emitida pela coordenação do curso de enfermagem, iriam se deslocar até o cenário e a partir da aceitação do enfermeiro dariam início ao processo de investigação. Entretanto, com as limitações de interação social, algumas modificações foram necessárias e assim o contato com os enfermeiros e as ferramentas utilizadas para a coleta das informações foram email, áudio e/ou reunião via plataforma Google Meet.

A seguir serão detalhadas as etapas percorridas pelos estudantes e as atividades desenvolvidas:

EMPATIA

Identifique o seu público alvo! Esse é o primeiro passo, pois quando planejamos algo pensando em alcançar o todo, acabamos por não alcançar ninguém. É preciso ter em mente que a metodologia do Design Thinking não possui como propósito auxiliar no desenvolvimento de um projeto do tipo “receita de bolo”, ou seja, aplicável em qualquer cenário e/ou grupo de pessoas, mas sim possui como foco a concentração em um grupo e problema específico, para que assim se tenha sucesso nos resultados alcançados e a partir daí outros grupos possam vir a se inspirar nas soluções propostas que obtiveram êxito (IDEO, 2017).

Ao ter clareza do público alvo a ser trabalhado, é hora de identificar o problema a ser resolvido. Quais são as principais dificuldades encontradas e que poderiam ser solucionadas ou minimizadas através da sua ajuda? Tomando sempre como princípio a centralidade no ser humano, é preciso voltar a sua atenção às frustrações do público alvo e deixar as suas de lado nesse momento, isso na perspectiva de que as propostas de solução precisam gerar valor ao seu público e não à você, especificamente (IDEO, 2017).

Lembrando que foram necessárias algumas adaptações para que a metodologia pudesse ser operacionalizada como atividade durante o desenvolvimento on-line da disciplina, algumas orientações não foram seguidas fielmente, porém todos os cuidados foram tomados para que não se perdesse a essência do Design Thinking.

Nessa etapa os estudantes já possuíam o seu público alvo definido, o qual também podemos chamar de *persona*, ou seja, o cliente ou o grupo de clientes que precisamos nos manter focados durante o desenvolvimento do projeto. Com isso, passaram a depositar maior atenção na definição do problema e quais as estratégias iriam utilizar para que conseguissem coletar as informações necessárias para tal definição. Com a impossibilidade do deslocamento presencial até o serviço de saúde no qual o enfermeiro escolhido desenvolve as suas atividades profissionais, foi adotada como método de pesquisa a entrevista, que foi realizada através de correspondência eletrônica (e-mail) e telefônica (ligação ou mensagem), com envio prévio da carta de apresentação e detalhamento da proposta da atividade. Após a aceitação, foi então disparada a pergunta norteadora e concedido um período máximo de uma semana para que o enfermeiro fizesse a devolutiva da resposta através do meio de contato inicial. Ao término do prazo, os enfermeiros ofereceram as suas respostas aos grupos de estudantes :

GRUPO 01 - CRIANÇA:

“Uma coisa que é uma dificuldade, eu penso que é em relação aos pais sabe, dos pais negligenciam a saúde das crianças, de não trazerem para fazer as vacinas. Temos que ir atrás e buscar. Não fazem o tratamento direito ... interrompem ou não vão até o final. Querem uma resolutividade mas não fazem o tratamento para ter isso, entendeu? Na verdade é mais isso, os pais negligenciam mesmo, marcamos consulta e eles não trazem as crianças. E isso ainda como gestante, que não fazem pré natal como tem que ser. Aqui a gente não tem muitas dificuldades, pois conseguimos ir atrás da nossa população”.

GRUPO 02 - ADULTO:

“Acho que uma das coisas muito importante, são as infecções transmissíveis. Hoje nós temos um alto crescimento em relação a sífilis. Sífilis e a gonorreia que é uma das principais, assim como o HPV. Que as pessoas acham que já passou, e não, nós temos uma quantidade muito grande de gestantes com sífilis, e que não trataram ou que trataram mal. Outros que tratam e voltam a se recontaminar, não só gestantes, mas um público jovem de dezoito, dezenove, vinte anos, que já estão tratando pela segunda ou terceira vez, uma mesma situação. Sífilis, por exemplo, que é uma das coisas que eu mais trabalho, que eu mais vivo em relação a sífilis e o HPV. Também é uma população enorme, e aí bom, a gente vai optar com o HPV, eu preciso tratar? Está com lesão externa? Bom, a gente precisa fazer a medicação e as pessoas vêm uma, duas vezes e não voltam mais pra continuar o tratamento, pra gente rever. E outra, é preciso um acompanhamento sempre, porque eu preciso ver se não vai aparecer lesões, por exemplo, interno, no colo de útero, e lesões de HPV tem um alto risco para desenvolvimento do câncer de colo de útero. Os homens também, com HPV, você cauteriza, eles vêm, dói muito, ele vem uma, duas vezes e ele desaparece, ele para de vir. Bom, se fosse só isto, só isso entre aspas, né? Mas o que que acontece também? As relações sem preservativos mesmo apresentando lesão, tanto nos homens como nas mulheres, isso também é a dificuldade de entender pro coletivo. A minha ação individual, a influência que ela tem no coletivo. Então, esses são uma das dificuldades que a gente enfrenta.”

GRUPO 03 - IDOSO:

“Pedro, boa tarde! Aqui é o enfermeiro J., trabalho na unidade básica do Boa Vista, Enfermeiro. A respeito da colocação que você precisa saber e repassar a teus professores que nós aqui na unidade é o seguinte, a gente tem muito, muito problema com os idosos devido à falta de orientação, e a falta de que eles não sabem do tratamento que eles estão realizando, o esquecimento, eles não vem acompanhados, eles não sabem o que querem pedir, eles solicitam exames às vezes que o médico

pede, mas eles não vem marcar, então são muitos agravos que os pacientes idosos tem essa dificuldade então por isso eu acho muito importantíssimo, o trabalho das minhas colegas agente de saúde que vão até a casa deles, verificam o que falta anotam, algum procedimento que eles necessitam ser realizados em casa e dessa forma que eu posso te dizer é mais ou menos isto.”

DEFINIÇÃO:

O momento da análise das respostas é aquele destinado a escutar, observar e estar aberto ao inesperado, pois declarações inesperadas podem estar presentes. Caso sinta-se falta de alguns detalhes, que possam auxiliar na melhor compreensão do problema, pode ser realizada uma indagação mais minuciosa, que levará a novas descobertas e ideias. No contexto dos estudantes foi realizado um único contato.

Como método de pesquisa adicional foi orientado aos estudantes que viessem a utilizar o diário pessoal, que é destinado para a anotação das reflexões feitas durante a leitura ou escuta das respostas, o que auxilia na organização dos tópicos indispensáveis e que caso não anotados ou lembrados, farão falta posteriormente. Ainda foi apresentado ao grupo de estudantes a *Pesquisa Top 5*, que é uma forma de registrar as cinco impressões mais importantes que se obteve a partir das respostas encontradas com a entrevista. Algumas questões podem servir de norte para a definição das principais impressões: Há citações ou histórias memoráveis? O que foi mais surpreendente? O que foi interessante saber sobre a maneira como o usuário interagiu com o ambiente? (IDEO, 2017).

A organização das informações coletadas é a peça chave para o sucesso da interpretação. Caso a organização não exista, impactará negativamente na execução das próximas etapas, assim como no projeto de uma forma geral. Uma dica bem importante que foi oferecida aos alunos e adotadas pelos mesmos foi a utilização de ferramentas online para o registro e organização das informações, principalmente em tempos de isolamento social, em que os encontros presenciais se tornaram impossibilitados. Nessa experiência foi utilizada a ferramenta *Google Docs*, a qual oportuniza a escrita, documentação e compartilhamento das informações entre os constituintes da equipe que está trabalhando, nesse caso os grupos de estudantes.

Na tabela a seguir, serão expostos os problemas principais definidos por cada um dos grupos, a partir do relato dos enfermeiros entrevistados:

	PÚBLICO ALVO DO GRUPO	PROBLEMA IDENTIFICADO
GRUPO 01	→ Criança	Atraso na busca por vacinação das crianças.
GRUPO 02	→ Adulto	Abandono e baixa adesão quanto aos cuidados para prevenção e controle das infecções sexualmente transmissíveis na população adulto jovem.
GRUPO 03	→ Idoso	Dificuldade dos idosos em lembrar do tratamento medicamentoso que fazem.

IDEAÇÃO

Essa é a etapa que transforma as informações coletadas durante a pesquisa em *insights*, o que pode ser conceituado como a compreensão súbita de alguma coisa ou determinada situação, ou ainda como aquilo que permite que você veja o mundo de uma nova maneira. Os *insights* servirão como base para o design do seu projeto, ou seja, através da compreensão dos fatos é que será possível desenhar as idéias para a solução do problema encontrado. E como chegar nas idéias? Um dos caminhos mais efetivos e orientados pelo Design Thinking é o *brainstorming*, conhecido como uma técnica utilizada para propor soluções a um problema específico, ou ainda também chamado de tempestade de idéias (IDEO, 2017).

Os *post-its* ou bloco de notas são indicados para os registros no momento do *brainstorming*, tomando-se o cuidado para que o tamanho da letra utilizada seja grande, para que assim todos possam visualizar a determinada distância e também que se use frases objetivas, de fácil compreensão entre todos na equipe. Além disso é apropriado que os *post-its* sejam fixados em cartaz de papel na parede, para que a partir dessa organização seja dada sequência aos próximos passos da metodologia (IDEO, 2017).

Como os estudantes não puderam se encontrar para colocar em prática as orientações mencionadas acima, executaram o *brainstorming* de forma individualizada, desenvolvendo *post-its* virtuais e posteriormente compartilhando os mesmos com os colegas em um único documento, simulando assim o cartaz de papel.

Ao se deparar com inúmeros *post-its* recheados de idéias, é necessário que sejam definidas as conexões entre as idéias apresentadas e assim sejam estabelecidos os padrões e temas centralizadores, que irão embasar a definição da proposta resolutive principal. Ao longo da análise dos *post-its* a tendência é que a equipe torne-se mais inspirada a ter novas idéias e nesse momento é relevante enfatizar o trabalho colaborativo, que é uma das premissas do Design Thinking e foca na busca de diversos ângulos e perspectivas para a solução de problemas (IDEO, 2017).

Como em qualquer outro contexto de resolução de problemas, a pressa é a inimiga da perfeição. Sendo assim, é preciso que se tenha tempo para dar sentido às informações e interpretá-las de maneira profunda, evitando assim tirar conclusões precipitadas, que poderão surpreender negativamente a equipe no momento de colocar o projeto em prática. É um efeito cascata, quanto mais refletir e interpretar, mais *insights* serão extraídos e melhores idéias irão surgir.

Os estudantes se reuniram através da plataforma Google Meet para que pudessem, juntos, analisar os *post-its* virtuais criados e assim estabelecer as reflexões e conexões necessárias para se chegar às idéias principais de cada grupo.

Nesse momento, muitas dúvidas surgiram nos três grupos de estudantes e uma das principais foi “como vamos escolher o melhor problema?”, a partir disso as orientações oferecidas pela professora enfatizavam a definição de prioridades a partir das idéias definidas, ou seja, entre todas as idéias quais são mais importantes e possíveis de serem colocadas em prática? Indica-se que nessa etapa sejam escolhidas de 3-5 idéias mais relevantes e se passe a trabalhar com elas, excluindo as demais. E siga-se fazendo isso, até se chegar na idéia final, aquela que será colocada em prática, de fato.

Essa é a etapa em que deve-se usar os dois lados do cérebro, o esquerdo trazendo o pensamento lógico e o direito o pensamento criativo, para então fazer com que esse momento de divergência de pensamentos e dúvidas se transforme em um *set* de direções estratégicas e soluções possíveis de serem operacionalizadas.

A seguir serão expostas as idéias que foram lançadas por cada um dos grupos, a partir do relato dos enfermeiros entrevistados e das etapas percorridas para análise das idéias e definição da idéia principal:

	PÚBLICO ALVO DO GRUPO	IDEIA
GRUPO 01	→ Criança	Melhora na procura pela vacinação: Criação de uma cartilha sobre a importância da vacinação para ser entregue na recepção para os pais ou responsáveis das crianças dentro da faixa etária.
GRUPO 02	→ Adulto	Melhora no acesso aos preservativos: Podemos observar que há preservativos femininos e masculinos disponíveis geralmente no balcão das unidades básicas, porém, muitas pessoas podem se sentir constrangidas de pegar, por ser um ambiente que está sempre movimentado com pessoas à espera de seu atendimento. E por isso, pensamos na ideia de dispor desses preservativos nos banheiros da unidade, juntamente com material informativo, contendo orientações sobre sua importância e a maneira correta de usar, desta forma, acreditamos que a população vai pegar com mais frequência sem exposição.
GRUPO 03	→ Idoso	Melhora no acesso às informações: Criação de um roteiro para o desenvolvimento de uma planilha on-line no Microsoft Excel, com o intuito que seja dinâmica e compartilhada em tempo real, possibilitando acesso às informações referentes aos medicamentos de uso contínuo de cada usuário idoso da área. Ainda podem ser inseridas demais informações que o enfermeiro e a equipe da unidade de saúde requeiram ou achem necessário, pois a planilha permite colocar uma ampla gama de informações.

PROTOTIPAGEM

Chegou a hora de tirar a ideia do papel! Mesmo que de forma ainda simplificada, nessa etapa é a fase de validação das ideias geradas, é a hora de lapidar, ver o que se encaixa no projeto, reunir as melhores propostas e colocar em prática. Com o protótipo desenhado, é possível visualizar o produto no cenário que será utilizado, ajustando as lacunas existentes até que resulte em uma solução que realmente esteja alinhada às necessidades do cliente e possa gerar valor (IDEO, 2017).

Ao executar a prototipagem, problemas e inconformidades podem surgir e novas revelações e *insights* podem emergir, modificando mais uma vez o olhar voltado ao problema que precisa ser analisado e resolvido.

Didaticamente, para melhor compreensão da metodologia, a fase da prototipagem é vista como aquela que antecede a fase final, que é a do teste e entrega do produto, no entanto a prototipação pode acontecer concomitante às outras fases, uma vez que as ideias forem surgindo elas podem ser testadas e revisadas, com esse processo podendo ser repetido quantas vezes forem necessárias.

Para esta etapa estava previsto que os alunos pudessem apresentar seus protótipos aos enfermeiros e fossem colocados em prática por uma semana, sob a supervisão/observação dos alunos, acompanhado do feedback dos enfermeiros. Entretanto isso não foi possível, visto as limitações do momento. Sendo assim, foi organizado para o último dia de aula um seminário, no qual os grupos puderam expor os seus projetos, contendo todas as etapas percorridas. Também, posteriormente fizeram o envio dos projetos aos enfermeiros para que os mesmos pudessem ter conhecimento das propostas de ação e colocá-las em prática dentro de suas possibilidades.

TESTE

Essa etapa não foi possível de ser colocada em prática pelos estudantes em virtude do distanciamento social ocasionado pela pandemia do COVID-19.

CONCLUSÕES

O desenvolvimento deste trabalho com o grupo de estudantes permitiu constatar que a utilização de metodologias ativas, em destaque àquelas que buscam a inovação, contribuem significativamente com o desenvolvimento do processo formativo, bem como das habilidades consideradas essenciais na atuação profissional do enfermeiro.

A utilização do DT como metodologia ativa foi um desafio, tanto para a professora, considerando ser sua primeira experiência de condução, como para os alunos, visto que a maioria não conhecia a metodologia. No entanto, a dedicação foi mútua, permitindo que o desenvolvimento das atividades ocorresse de forma condizente ao esperado, sempre com o objetivo principal sendo lembrado na realização de cada uma de suas etapas.

Uma das premissas do DT mais evidenciada pelos alunos foi o trabalho colaborativo, onde muitos comentários positivos surgiram ao final da disciplina, no sentido de que conseguiram visualizar na prática a sinergia e trabalho em equipe, que aconteceu naturalmente, induzido pelas atividades propostas pela metodologia. Também conferiram destaque ao desenvolvimento do raciocínio crítico e reflexivo a partir da empatia, de se imaginar no cenário do enfermeiro.

Também, a partir do desenvolvimento da atividade proposta, conseguimos contribuir para discussões e reflexões sobre o processo de ensino-aprendizagem e também reafirmar a relevância que a aproximação entre ensino-serviço-comunidade traz para o desenvolvimento de competências no aluno de graduação em enfermagem.

Por fim, mas não menos importante, evidenciamos e reafirmamos a necessidade da inserção das metodologias ativas no processo formativo, bem como o compartilhamento dessas experiências a fim de incentivar e auxiliar outros docentes na sua utilização. Acreditamos no protagonismo do aluno em seu processo formativo, o que é oportunizado através da utilização de metodologias que o tornem ativo na sua aprendizagem.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM:

A educação em/na enfermagem perpassa o momento formativo e se revela como uma variável contínua para a prática laboral. Nuances de educação estão presentes em todas as dimensões do cuidado e requerem do profissional de enfermagem, a otimização do seu uso para o alcance do objetivo terapêutico pretendido. De forma enfática, aqui descrito no processo de formação acadêmica, estratégias educacionais diferentes dos modelos tradicionais de ensino-aprendizagem, apresentam-se como oportunas e necessárias para favorecer a transmissão do conhecimento de modo que ele possa ser incorporado ao aprendiz e aplicável a uma situação problema.

O Design thinking revela-se como uma possibilidade apropriada para estimular a criatividade, trabalho em equipe, diálogo e compartilhamento de saberes e idéias. O uso de metodologias ativas já é discutido na categoria profissional como uma tendência necessária devido a junção de diferentes fatores, a saber, modernização do trabalho, comportamento das novas gerações de acadêmicos e futuros profissionais, uso ampliado da tecnologia, entre outros. Este movimento educacional dotado de um senso coletivo de participação e protagonismo alia-se ao cenário de trabalho por sua complexidade de situações desafiadoras, necessidade de usar estrategicamente diferentes saberes com otimização de habilidades afins.

A inovação na educação aplicável a enfermagem acompanha as transformações sócio-políticas-culturais que vivenciamos nos últimos anos, influenciadas pela globalização e era tecnológica. A complexidade que permeia o campo da saúde acrescida dos desafios vivenciados pela enfermagem no seu exercício laboral, denotam a necessidade de incorporar estratégias formativas que contribuam para a formação de enfermeiros com visão crítica, atuação conjunta, visão sistêmica, tomada de decisão assertiva, somados ao conhecimento técnico-científico.

Ao ser utilizado na educação em enfermagem, o Design thinking contribui satisfatoriamente para aproximar o acadêmico de questões que irão envolver a tomada de decisão, mobilização de saberes, visão sistêmica e ainda, para o trabalho partilhado com colegas e/ou membros da equipe multidisciplinar. A problematização aliada a metodologia ativa na enfermagem revela-se como uma ferramenta para estimular o aprendizado significativo, ao incorporar uma situação problema que precisa ser resolvida de modo satisfatório, mas que não apresenta um caminho único, tampouco pronto, exigindo que os envolvidos participem ativamente com suas competências sociais, relacionais e científicas.

Uma vez ativos no processo de resolução de problemas complexos, acredita-se que os resultados possam ser otimizados e resolutivos, facilitados por estratégias formativas que incentivem a participação ativa do aluno e seu envolvimento com as situações e desafios existentes na sua profissão. Também como forma de ressignificar os moldes tradicionais de ensino e prover uma educação imbuída de sentido e interação entre as partes pelo uso destas estratégias pelos docentes.

REFERÊNCIAS

IDEO. **Design Thinking para bibliotecas**. 1ª ed. 2017. Disponível em: <https://tonarede.org.br/wp-content/uploads/2014/11/Design-Thinking-para-Bibliotecas.pdf>
Acesso em: 12/06/2020.

MACEDO K.D.S. et al . Metodologias ativas de aprendizagem: caminhos possíveis para inovação no ensino em saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 3, 2018 .

MARTINS F. et al. Design Thinking, cognição e educação no século XXI. **Revista Diálogo Educacional**, vol. 15, núm. 45, 2015.

RECHE, Marcelo Mesquita; MUNIZ, Raquel Janissek. Inteligência Estratégica e Design Thinking: Conceitos Complementares, Sequenciais e Recorrentes para Estratégia Inovativa. *Future Studies Research Journal*. São Paulo, v. 10, n.1, 2018.

FUJITA, Júnia Aparecida Laia da Mata et al . Uso da metodologia da problematização com o Arco de Maguerez no ensino sobre brinquedo terapêutico. **Rev. Port. de Educação**, Braga , v. 29, n. 1, 2016.

SENAC. Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial. Departamento Nacional. **Metodologias ativas de aprendizagem** / Senac, Departamento Nacional. -- Rio de Janeiro: Senac, Departamento Nacional, 2018.

SOUZA, Adriana Maria de. **Design Thinking para Bibliotecas**. 1º versão. IDEO, 2015.

GAEBLER, Diane Mafra. SANTOS, Célio Teodorico dos. **Colocando em Prática o Design Thinking: ferramentas projetuais para inovar com sucesso**. Universidade do Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 2015.




epilaya
Editora

ISBN: 978-65-87809-08-3



9 786587 809083