

Nursing now



Contribuições da ENFERMAGEM GLOBAL FACE À COVID-19

ORGANIZADORAS

Martha Helena Teixeira de Souza
Mara Regina Teixeira Marchiori
Claudia Maria Gabert Diaz



CLIQUE AQUI E
BAIXE O LIVRO

Nursing now



Contribuições da ENFERMAGEM GLOBAL FACE À COVID-19

ORGANIZADORAS

Martha Helena Teixeira de Souza

Mara Regina Teixeira Marchiori

Claudia Maria Gabert Diaz

Universidade Franciscana - UFN
Santa Maria, 2020

Organizadoras

Martha Helena Teixeira de Souza
Mara Regina Teixeira Marchiori
Claudia Maria Gabert Diaz



Editora UFN

Coordenação editorial
Salette Mafalda Marchi

Capa, projeto gráfico e supervisão gráfica
Fagner Millani

Universidade Franciscana - UFN

Rua dos Andradas, 1614
Centro | Santa Maria – RS
CEP 97010-032

Revisão

Bureau Editors

CNPJ 26.778.953/0001-79
Rua José Maria Aranda, 31
Jardim San Conrado | Londrina – PR

C764

Contribuições da enfermagem global face à Covid-19 /
Organizadoras Martha Helena Teixeira de Souza, Mara
Regina Teixeira Marchiori, Claudia Maria Gabert
Diaz – Santa Maria : Universidade Franciscana, 2020.
317 p. : il. ; 15x21 cm

ISBN: 978-65-5852-050-4 (Online)

1. Enfermagem 2. Covid-19 3. Pandemia I. Souza,
Martha Helena Teixeira de II. Marchiori, Mara
Regina Teixeira III. Diaz, Claudia Maria Gabert

CDU 616-022

Nursing now



Contribuições da ENFERMAGEM GLOBAL FACE À COVID-19

APOIO:

ACORDO CAPES/COFEN Nº 30/2016.



Mestrado Profissional
SAÚDE MATERNO-INFANTIL
Universidade Franciscana

SUMÁRIO

10

Prefácio

Manoel Carlos Neri da Silva

12

Apresentação

Dirce Stein Backes | Mirna Albuquerque Frota

14

PARTE 1 Produções Nacionais

Rio Grande do Sul

15

1. SURTOS, EPIDEMIAS E PANDEMIAS QUE AFETAM A CIDADE DE SANTA MARIA/RS.

Martha Souza, Daniel Soares Tavares, Luciana Molino da Rocha, Sheila Dorneles, Regina Gema Santini Costenaro

24

2. ANO INTERNACIONAL DA ENFERMAGEM E PANDEMIA DA COVID-19: LIÇÕES DO ANO DE 2020.

Maria Luiza Dutra Teixeira, Aline Medianeira Gomes Correia, Sandra Maria Cezar Leal, Dirce Stein Backes

38

3. AÇÕES ESTRATÉGICAS DE ENFRENTAMENTO DA COVID-19: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE.

Ana Carolina Feldens Lederhans, Aline Dalcin Segabinazi, Amanda Quadros de Souza, Keity Laís Siepmann Soccol, Mara Regina Caino Teixeira Marchiori

46

4. ENFERMAGEM OBSTÉTRICA EM TEMPOS DE COVID-19.

Fabiele Rodrigues Maurer, Viviane Queiroz Flain, Lígia Maria Terra Fontella, Cláudia Zamberlan, Claudia Maria Gabert Diaz

56

5. NURSING NOW E COVID-19: ENSAIO TEÓRICO-REFLEXIVO À LUZ DO PENSAMENTO DA COMPLEXIDADE.

Dirce Stein Backes, Marli Terezinha Stein Backes, Caroline Pacheco Araújo, Carla Lizandra de Lima Ferreira, Regina Gema Santine Costenaro

70

6. ENSINO E APRENDIZAGEM REMOTA EM PERÍODO DE PANDEMIA.

Cristina Saling Kruehl, Dirce Stein Backes, Josiane Lieberknecht Wathier Abaid, Leris Salete Bonfanti Haeffner, Nadiesca Taisa Filippin

Paraná

84

6. CONTRIBUIÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM (CIPE®) NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19.

Marcia Regina Cubas, Fernanda Broering Gomes Torres, Vânia Carla Camargo

Maranhão

92

7. PROTAGONISMO DA ENFERMAGEM PARA COBERTURA VACINAL EM TEMPOS DE PANDEMIA.

Francisca Georgina Macedo de Sousa, Ana Paula Dias França Guareshi, Adriana Torres dos Santos, Flávia Simphronio Balbino, Gabrielle Pontes Santos, Giuliane Ferreira Lopes dos Santos

Paraíba

118

8. REFLEXÕES SOBRE O TRABALHO PARA O IDOSO NO CONTEXTO UNIVERSITÁRIO FRENTE À COVID-19.

Antônia Lêda Oliveira Silva, Eugenia Velludo Veiga, Julia Trevizan Martins, Maria Adelaide Silva Paredes Moreira, Maria Helena Palucci Marziale, Maria Lucia do Carmo Cruz Robazzi

Amazonas

142

9. ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM JUNTO A POPULAÇÕES RIBEIRINHAS EM TEMPOS DE COVID-19 NO AMAZONAS.

Gigellis Duque Vilaça, Rizioléia Marina Pinheiro Pina, Eson Soares Carvalho Rocha, Hadelândia Milon de Oliveira, Abel Santiago Muri Gama.

Fortaleza

150

10. ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E A PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS: REFLEXÕES SOBRE O CUIDADO AOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM.

Karla Maria Carneiro Rolim, Carlon Washigton Pinheiro, Firmina Hermelinda Saldanha Albuquerque, Henriqueta Ilda Verganista Martins Fernandes, Mirna Albuquerque Frota.

Santa Catarina

162

11. ATENDIMENTO DAS GESTANTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, DE FLORIANÓPOLIS, COM A CHEGADA DA PANDEMIA DA COVID-19: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Paula Andreia Echer Dorosz, Márcia Liane Klauck Santos, Marli Terezinha Stein Backes.

180

12. A IMPORTÂNCIA E A VISIBILIDADE DA ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA SAÚDE GLOBAL EM TEMPOS DE COVID-19.

Marli Terezinha Stein Backes, Janifer Souza Mendes, Lucimar de Souza Sampaio, Letícia Fumagalli da Silva, Jane Cristina Anders

198

PARTE 2 Produções Internacionais

Arábia Saudita

199

13. A LIDERANÇA DA ENFERMAGEM NA GARANTIA DA SEGURANÇA DOS PACIENTES E PROFISSIONAIS DURANTE A COVID-19 – A EXPERIÊNCIA DA ARÁBIA SAUDITA.

Sofia Macedo, Marcia Pestana-Santos, Lurdes Lomba

Chile

216

14. RIESGOS PSICOSOCIALES Y ENFERMERÍA EN TIEMPOS DE COVID-19.

Paula Ceballos-Vásquez, Yanni González-Palacios, Flérida Rivera-Rojas, Romy Ortega-Muñoz, Lidia Garrido-Tapia

228

15. CONTRIBUCIÓN DESDE LA ACADEMIA A LA FORMACIÓN DE CALIDAD EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN TIEMPOS DE PANDEMIA.

Verónica Guerra Guerrero, Carmen Gloria Miño Gonzalez,
Margarita Poblete Troncoso

Colômbia

236

16. ROL DE ENFERMERÍA EN TIEMPOS DE PANDEMIA.

Jimmy Leonardo Mendieta Montealegre, César Augusto Niño Hernández,
Astrid Viviana Robayo Téllez

Escócia

248

17. PERCEPÇÕES DE UMA ENFERMEIRA BRASILEIRA COM RELAÇÃO ÀS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DA COVID-19, NO REINO UNIDO.

Camila Biazus Dalcin

Moçambique

258

18. DESAFIOS E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DO CORONAVÍRUS, EM MOÇAMBIQUE – ÁFRICA.

Manuel Mahoche, Daniel Canavese, Maurício Polidoro, Martha Souza, Aline Blaya Martins

Portugal

270

19. MAPEAMENTO DAS RECOMENDAÇÕES PARA O CUIDAR DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID-19, EM PORTUGAL.

Márcia Pestana-Santos, Ana Catarina Luís, Márcia Silva Coelho, Rita Branco Raimundo, Lurdes Lomba

286

**PARTE 3
Pareceres de Avaliadores Nacionais e Internacionais**

300

Sobre as(os) Autoras(es)

PREFÁCIO

Manoel Carlos Neri da Silva

Presidente do Conselho Federal de Enfermagem

A pandemia de covid-19 colocou em evidência a Enfermagem. No Brasil e no mundo, somos a mais numerosa categoria profissional da Saúde, e estamos ao lado da população em todos os níveis da atenção à Saúde. Os estudos, levantamentos e reflexões reunidos neste livro lançam novos olhares que permitem aprofundar uma compreensão de alto nível sobre o papel de Enfermagem no combate à pandemia, no Brasil e no Mundo.

2020 é o Ano Internacional da Enfermagem. Quando abraçamos a coordenação nacional da campanha *Nursing Now*, não poderíamos imaginar que a Enfermagem estaria em evidência em um contexto tão adverso. Somos a linha de frente do combate à pandemia. Contabilizamos, até o dia 10 de setembro, 395 enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem vítimas da covid-19 no Brasil. Em meio a tantas incertezas, sabemos que é preciso prosseguir, não esmorecer e encontrar forças para enfrentar esta tempestade.

Trata-se uma situação inédita, nunca enfrentada no curso desta geração e da geração anterior. A educação em Saúde e a biossegurança assumem uma importância central no combate a pandemia, lado a lado com a assistência e o desenvolvimento de novos insumos.

A pandemia evidencia também o caráter intrinsecamente coletivo da Saúde. Nenhum homem é uma ilha. Estamos integrados em comunidades que se comunicam, com um fluxo intenso de pessoas, e a saúde de cada um não pode ser isolada do contexto social ampliado. A luta pela Saúde é um processo permanente, que mobiliza todo o tecido social.

O Brasil se converteu em epicentro da pandemia. A crise epidemiológica tem sido ampliada pelo estrangulamento financeiro do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja amplitude e capilaridade evitou um completo colapso da assistência, e pela dificuldade de coordenação de políticas públicas alinhadas com evidências científicas. Esta obra traz experiências e aponta alguns caminhos, que podem contribuir para a formatação de políticas públicas.

Apoiar a produção do conhecimento que contribui para a valorização profissional e a melhoria da assistência de Enfermagem é um compromisso do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Parte das pesquisas aqui publicadas resulta da fecunda parceria do Cofen e da Capes/MEC (Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal de Nível Superior), que visa a formação de 500 profissionais em cinco anos. É o maior programa de apoio ao mestrado profissional do Brasil, com foco na melhoria da Saúde Coletiva.

Em um cenário de tantas incertezas, se faz cada dia mais necessário ter o conhecimento como norteador de políticas públicas. Como professor e presidente do Cofen, é uma dupla satisfação ver o conhecimento produzido ser publicado, fortalecendo redes de pesquisa e contribuindo para que possamos aperfeiçoar as práticas de assistência.

Parabenizo as organizadoras e cada um dos autores pela excelência dos trabalhos.

APRESENTAÇÃO

Dirce Stein Backes

Mirna Albuquerque Frota

Este livro, no formato de coletânea, composto por relatos de pesquisas e de experiências, se inclui em um processo mais amplo de reflexão prospectiva sobre as contribuições da Enfermagem face à pandemia da COVID-19. A Obra tem por objetivo socializar vivências teórico-práticas, de âmbito nacional e internacional, relacionadas à atuação e o enfrentamento do novo coronavírus COVID-19, pelos profissionais de enfermagem.

A Obra “Contribuições da Enfermagem global face à COVID-19” se insere no ano internacional da Enfermagem. Campanha Nursing Now e a pandemia causada pelo novo coronavírus: o que esta combinação, aparentemente antagônica de fenômenos, tem a revelar para o mundo e a própria Enfermagem? Evidencia-se, nos diversos relatos, que os profissionais de Enfermagem são reconhecidos, hoje, mais que em outros tempos, como os profissionais do cuidado, os profissionais da linha de frente, nas diferentes realidades e contextos sociais. A COVID-19, especialmente neste ano de Campanha Nursing Now, veio para reiterar que esta guerra biológica da pandemia não se combate com armas nucleares ou de fogo, mas pelo cuidado singular e multidimensional.

A presente Obra está organizada em três partes. Na primeira parte são apresentadas treze produções científicas, com a participação de pesquisadores de diferentes estados, do sul ao norte do Brasil. Demonstram-se, nessas produções de natureza teórica, reflexiva, descritiva ou investigativa, que a atuação da enfermagem transcende dimensões, idades, disciplinas, espaços, culturas e contextos. Se, por um lado a Campanha Nursing Now remete à necessidade de Enfermeiros líderes, melhores condições de trabalho e avanço em tecnologias, por outro,

a pandemia da COVID-19 exige visão prospectiva e raciocínio sistêmico, para apreender o uno no múltiplo e vice-versa.

Na segunda parte, apresentam-se construções científicas com a participação de pesquisadores internacionais, de diferentes continentes. Ao iniciar pela Arábia Saudita, os autores versam sobre a liderança e o protagonismo da Enfermagem na garantia da segurança do paciente e dos profissionais face ao novo coronavírus. Em duas produções Chilenas, os autores tecem reflexões que vão desde os riscos psico-sociais dos profissionais de enfermagem às contribuições da formação acadêmica de qualidade em tempos de pandemia. Em um artigo de reflexão, pesquisadores Colombianos versam sobre a relevância do papel da enfermagem em tempos pandêmicos. Um relato de experiência, em particular, de uma Enfermeira brasileira naturalizada na Escócia, demonstra as estratégias de enfrentamento da COVID-19, no Reino Unido. Estudo documental realizado por pesquisadores de Moçambique descreve e reflete sobre as possíveis medidas prospectivas para a minimização dos impactos sociais face à pandemia do novo coronavírus. E, por fim, estudiosos Portugueses apresentam um estudo que objetivou mapear e analisar as recomendações de instâncias superiores durante a pandemia da COVID-19.

Na terceira e última parte são apresentados os pareceres de cinco avaliadores com experiência acadêmica e prática, sendo que destes dois são internacionais - Chile e Colômbia e três de âmbito nacional. Em cada um dos pareceres, os avaliadores buscaram analisar e registrar a relevância da Obra e aspectos relacionados à inovação, originalidade e potencial de impacto social.

Os autores provocam-nos, em suma, a um novo pensar e agir profissional, ao demonstrarem que a enfermagem tem muito a aprender e a ensinar com e na sociedade global. Os autores convocam-nos, ainda, à reflexão: que lições a enfermagem tem a aprender e a ensinar à sociedade global em tempos de pandemia causada pela COVID-19? O que celebrar e comemorar em 2020, ano de Campanha Nursing Now em homenagem aos profissionais de Enfermagem?

Parte 1

PRODUÇÕES NACIONAIS



SURTOS, EPIDEMIAS E PANDEMIAS QUE AFETAM A CIDADE DE SANTA MARIA/RS

Martha Helena Souza

Daniel Soares Tavares

Luciana Molino da Rocha

Sheila Dornelles

Regina Gema Santini Costenaro

INTRODUÇÃO

Conceitualmente define-se surto quando há o aumento repentino do número de casos de uma doença em uma região específica. O termo epidemia caracteriza-se em ocasiões que um surto acontece em diversas regiões. Uma epidemia a nível municipal acontece quando diversos bairros apresentam uma doença, a epidemia a nível estadual acontece quando diversas cidades têm casos e a epidemia nacional acontece quando há casos em diversas regiões do país. Já a pandemia é definida quando determinada doença ocorre em uma escala de gravidade, sendo o pior dos cenários. Ou seja, ela acontece quando uma epidemia se espalha por diversas regiões do planeta⁽¹⁾. Esse é o cenário que estamos enfrentando no ano de 2020, quando a pandemia do COVID-19 se dissemina mundialmente. Assunto, este, que será abordado neste texto.

Para tanto, considera-se relevante uma breve reflexão sobre surtos, epidemias e pandemias que assombraram o município de Santa Maria ao longo da sua história. A epidemia de peste bubônica no início do século XX, no ano de 1912, vitimou pelo menos 18 pessoas, gerando mudanças no comportamento da cidade. A epidemia que teve seu início em uma padaria alastrou-se

rapidamente a partir de pessoas que tiveram contato com as primeiras vítimas. Nos anos que se seguiram a essa epidemia (1913 e 1914), foram destinadas verbas para os serviços de águas e saneamento, bem como a instalação do serviço de higiene e assistência pública⁽²⁾. Sabe-se que a peste bubônica teve seu primeiro caso registrado no Brasil em 14 de janeiro de 1900, quando foram apresentadas as primeiras medidas pelo Governo Federal para fazer frente ao novo problema, tais como: medidas sanitárias nos portos, quarentena e proibição de exportação⁽³⁾.

No ano de 1918, surge de maneira avassaladora outra epidemia, conhecida como Gripe Espanhola, causada pelo vírus InfluenzaA/H1N1. Acredita-se que, mundialmente, cerca de 30% da população tenha sido infectada. Apresentava como sintomas a febre, mal-estar generalizado, coriza e tosse. Embora os dados sejam restritos, muitas mortes no Brasil foram atribuídas a essa doença⁽⁴⁾.

Durante os anos 1980 e 1990 foi a vez da epidemia da aids trazer o alerta para a cidade universitária. Uma doença transmitida principalmente pelas relações sexuais desprotegidas trazia à tona o desafio de debater temas até então considerados tabus. Pouco se sabia da doença que gerava pânico no mundo. A aids acarretou desafios para a área científica, trazendo novos atores para as áreas sociais e visibilidade para as questões relacionadas a sexualidade⁽⁵⁾. Em Santa Maria, por meio do projeto AIDS II, o Consórcio Intermunicipal de Saúde atuou com atividades de prevenção da doença com 32 municípios da região central. Foram campanhas, eventos, capacitações com diferentes públicos, incluindo profissionais de saúde, militares, motoristas, população LGBT, usuários de drogas, profissionais do sexo, salões de beleza, mulheres em situação de vulnerabilidade, entre outros⁽⁶⁾.

Em 2016, a cidade novamente alarmava-se com casos suspeitos e confirmados de H1N1. Manchetes de jornais anunciavam a morte de uma jovem universitária de 22 anos, investigada pelas autoridades de saúde por suspeita de infecção do vírus H1N1.

Nesse período, o estado do Rio Grande do Sul anunciava 23 mortes pela gripe no estado⁽⁷⁾. Medidas preventivas, como a vacinação contra a gripe e alerta da vigilância epidemiológica, foram imediatamente tomadas.

No ano de 2018, Santa Maria vivenciou um surto de Toxoplasmose, considerado pelas autoridades como sendo o maior enfrentado pelo Estado. Inúmeras medidas foram tomadas, sendo uma delas a criação de um ambulatório oftalmológico para o atendimento das pessoas que apresentavam algum sintoma ou que já tinham diagnóstico confirmado⁽⁸⁾. O Hospital Universitário de Santa Maria contou com dois ambulatórios estruturados exclusivamente para atendimento da população atingida.

Início de 2020 ouvem-se ruídos de uma pandemia que teve sua descoberta na China. Conforme estudo realizado, o primeiro caso de COVID-19 foi registrado no Brasil em 25 de fevereiro de 2020⁽⁹⁾. O país se prepara para o enfrentamento da pandemia, na qual os Governadores e Prefeitos estabelecem protocolos que visam controlar o contágio pelo coronavírus.

Tendo em vista o exposto, o presente texto tem por objetivo relatar a experiência de profissionais de saúde no atendimento a pacientes com COVID-19, bem como as medidas de prevenção adotadas diante da pandemia do COVID-19 no município de Santa Maria, no primeiro semestre do ano de 2020.

METODOLOGIA

A metodologia consta de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência. Realizado durante o acompanhamento de Enfermeiras mestrandas, do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana, no enfrentamento a pandemia do COVID-19 no município de Santa Maria/RS, durante o primeiro semestre de 2020. As vivências aqui relatadas relacionam-se tanto ao atendimento hospitalar, como na Atenção Primária de Saúde do referido município.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Visando medidas de controle da pandemia, adotou-se no Estado do Rio Grande do Sul o modelo de distanciamento controlado, o qual está regulamentado através do Decreto Estadual nº 55.240, de 10 de maio de 2020. Está desenhado no sistema de bandeiras com as cores: amarela, laranja, vermelha e preta. Esse sistema avalia, semanalmente, a situação de risco de cada uma das regiões do Estado, sendo analisada a propagação do vírus e a capacidade que cada região tem de atender a demanda dos casos⁽¹⁰⁾.

O município de Santa Maria segue o modelo de distanciamento controlado e estabelece em seus Decretos Executivos os critérios que julga efetivos para a proteção de sua população.

Em meio à pandemia da COVID-19, e mesmo com medidas preventivas sendo adotadas pelas autoridades, acrescentam-se no mesmo período o registro de 149 casos de Dengue, o que agrava a situação de controle e prevenção no município de Santa Maria. A Secretaria do Meio Ambiente realiza ações contínuas, tais como limpeza de focos de resíduos e aplicação de inseticidas. No entanto, é necessário que a população fique atenta e realize sua parte, evitando a proliferação do mosquito, por meio de cuidados básicos como o correto acondicionamento de seus resíduos e, principalmente, o cuidado com águas paradas⁽¹¹⁾.

O primeiro caso registrado de COVID-19 no município de Santa Maria ocorreu no dia 16 de março de 2020. A partir dessa data iniciou-se o plano de contingência, no qual se seguiram normas dos decretos estaduais e municipais baseados nos protocolos de manejo da Organização Mundial da Saúde (OMS). Desde o início orientou-se o distanciamento social, decretou-se o fechamento do comércio por 15 dias e o cancelamento das aulas presenciais de todo o ensino: séries iniciais, fundamental, médio e superior, passando para modalidade on-line⁽¹²⁾.

Nas unidades de Atenção Primária a Saúde (APS) suspenderam-se imediatamente os atendimentos eletivos. O município direcionou os atendimentos de doenças do sistema respiratório para a Unidade de Pronto Atendimento - UPA e as demais urgências foram encaminhadas ao Pronto Atendimento Municipal - PAM. Reforçaram-se as equipes de Vigilância Epidemiológica para atendimento exclusivo dos casos suspeitos de COVID-19, realizando o monitoramento dos casos notificados e a coleta dos exames RT-PCR, quando solicitado.

Para melhor compreender estes exames, explanamos a diferença entre o exame RT-PCR e o exame sorológico. No exame RT-PCR é utilizada a técnica de biologia molecular para detectar a presença do COVID-19 no organismo do usuário. São coletados materiais em swab nasal/orofaringe, os quais mostram se RNA do vírus está presente nas secreções. Esse exame é considerado padrão-ouro para fazer o diagnóstico, sendo indicado para os usuários que estão apresentando sintomas da COVID-19⁽¹²⁾.

No exame de sorologia são detectados os níveis de anticorpos IgM e IgG no sangue. Esse exame confirma se o usuário já teve contato com o vírus SARS-CoV-2 e o sistema imunológico produziu os anticorpos contra a COVID-19. Tal exame é recomendado a partir do 10º dia de início dos sinais e sintomas da doença, pois o organismo só produz anticorpos após estar instalada a infecção⁽¹²⁾.

Além da realização de exames, a partir do dia 17 de abril, tornou-se obrigatório o uso de máscaras de produção caseira, a qual passou a ser utilizada fora do domicílio, bem como para frequentar estabelecimentos, mantendo assim a etiqueta respiratória.

Os processos de trabalho das Unidades Básicas de Saúde estão sendo norteados por decretos e memorandos encaminhados regularmente pela gestão municipal de saúde, que se baseou nos protocolos adotados pelo Estado. Foram disponibilizados Equipamentos de Proteção Individual - EPI`s, para as equipes de saúde em quantidade restrita.

As capacitações e treinamentos estão sendo realizados por meio de e-mails contendo material didático, devido à impossibilidade de aglomerações. Os serviços essenciais de cuidado à saúde do usuário tais como consultas de pré-natal, puericultura de crianças de risco e consultas de crônicos descompensados, estão sendo preservados. O setor de epidemiologia enviou testes rápidos às Unidades de Saúde, os quais passaram a ser realizados em todos os casos sintomáticos gripais, após o 10º dias do início dos sintomas.

Apesar de todas as recomendações, houve aumento significativo do número de notificações de infectados pelo COVID-19, que até o dia 19 de junho eram 517 casos confirmados e 13 óbitos. Devido ao aumento do número de casos, Santa Maria passa a ser classificada como bandeira vermelha, apresentando um aumento significativo de internações hospitalares e de novos casos diagnosticados. Porém, após reunião do prefeito com o governador do Estado, foi revogada a decisão e retornou-se a bandeira laranja.

Toda essa barbárie de situação causada pela pandemia mudou bruscamente a rotina dos profissionais de saúde, os quais, direta e indiretamente, têm os aspectos biológicos, psicológicos e emocionais acometidos. Sobre esse aspecto, autores afirmam que além do receio de adoecer ou até de morrer, a pandemia pode acarretar alterações em diversos eixos, dos quais se pode destacar: o cotidiano familiar, rotinas profissionais, isolamento e fechamento de empresas, academias, escolas, salões de beleza, dentre outros. O fechamento dessas empresas gera um impacto econômico com muita insegurança, potencializando sentimentos de desamparo e abandono⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Nessas situações, presencia-se na mesma família o profissional de saúde tenso com a situação do trabalho; a esposa (o) que é demitida (o) do trabalho; filhos estudando e fazendo atividades remotas online, que devem ser assessorados

pelos pais. Enfim, é um quebra cabeça difícil de encaixar e que pode ainda se tornar mais complexo pelas incertezas que acompanham os entornos da pandemia, e que por vezes podem se apresentar de maneira mais grave do que o próprio COVID-19.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste momento de pandemia, evidencia-se o papel dos profissionais de saúde e do Sistema Único de Saúde, com um atendimento universalizado, equitativo e integral. Embora os profissionais de saúde tenham apresentado inúmeras pressões psicológicas, sobretudo perante a dúvida com relação ao futuro próximo, a própria saúde e a saúde dos familiares, observa-se que o compromisso com o cuidado tem sido um aliado para manutenção dos serviços.

Diante de mais uma pandemia, a importância do setor de vigilância mostra-se essencial para compreender a evolução de uma nova doença, bem como para a elaboração de estratégias para controle da propagação.

Sabe-se que apesar das dificuldades encontradas pelos serviços públicos diante do novo coronavírus no Brasil e no mundo, a superação desse novo problema só será possível com a colaboração da sociedade, ao aderir às medidas recomendadas pelos órgãos sanitários.

Ao considerar que essa luta ainda não terminou, este estudo também não se finda aqui. É preciso ter confiança, disciplina e apoio mútuo entre os órgãos públicos, estabelecimentos de saúde e sociedade civil para que, mais uma vez, consigamos superar uma pandemia.

REFERÊNCIAS

1. Bonita R. Epidemiologia básica. 2.ed. São Paulo: Santos; 2010.
2. Silva AC. Recife, uma cidade doente: a gripe espanhola no espaço urbano recifense (1918). Dissertação. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2017.
3. Silva M. Micróbios no convés: A Peste Bubônica e o fim das quarentenas no Brasil (1899 - 1904). Rev História. 2015; 20(2): 80-97.
4. Gurgel CBFM. 1918: a gripe espanhola desvendada? Rev Bras Clin Med. 2013; 11(4): 380-385.
5. Galvão, J. Aids no Brasil: a agenda de uma construção de uma epidemia. 34.ed. Rio de Janeiro: ABIA; 2000.
6. Bastos F, Pereira N, Souza MHT. Enfrentando a aids na região central do Rio Grande do Sul. 1. ed. Santa Maria: Palotti; 2006.
7. Diário de Santa Maria. Três casos de suspeita de gripe A são investigados em Santa Maria. 02 Maio 2016. Acesso em 15/06/2020. Disponível em: <https://diariosm.com.br/tr%C3%AAs-casos-de-suspeita-de-gripe-a-s%C3%A3o-investigados-em-santa-maria-1.2013306>
8. Diário de Santa Maria. Agora Já. Surto de toxoplasmose em Santa Maria é o maior já enfrentado no RS, diz saúde. Acesso em 17/06/2020. Disponível em: <https://www.agoraja.net/surto-de-toxoplasmose-em-santa-maria-e-o-maior-ja-enfrentado-no-rs-diz-saude/>
9. Silva AAM, Minayo MCS, Gomes R. Epidemiologia, ciências sociais e políticas de saúde no enfrentamento da COVID-19. Rev Ciênc saúde coletiva. 2020; 25 (suppl 1): 2392-2392.
10. Rio Grande do Sul. Decreto n.º 55240, de 10 de maio 2020. Institui o Sistema de Distanciamento Controlado para fins de prevenção e de enfrentamento à epidemia causada pelo novo Coronavírus (COVID-19) no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul, reitera a declaração de estado de calamidade pública em todo o território estadual e dá outras providências. Palácio Piratini, em Porto Alegre, 10 de maio de 2020.
11. PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA. Juntos contra o coronavírus. Disponível em <http://www.santamaria.rs.gov.br/coronavirus/?secao=noticias>. Acesso em 17 de junho de 2020.

12. Dias V, et al. Orientações sobre diagnóstico, tratamento e isolamento de pacientes com COVID-19. *Rev Infect Control*. 2020; 9(2): 13-20.
13. Ornell F, et al. "Pandemic fear" and COVID-19: mental health burden and strategies. *Braz J Psychiatry*. 2020; 42(3): 232-235.
14. Portugal JKA, et al. Percepção do impacto emocional da equipe de enfermagem diante da pandemia de COVID-19: relato de experiência. *Ver Acervo Saúde*. 2020; 46(esp): 3794.

ANO INTERNACIONAL DA ENFERMAGEM E PANDEMIA DA COVID-19: LIÇÕES DO ANO DE 2020

*Maria Luiza Dutra Teixeira
Aline Medianeira Gomes Correia
Sandra Maria Cezar Leal
Dirce Stein Backes*

INTRODUÇÃO

Florence Nightingale - nascida em Florença, Itália, no dia 12 de maio de 1820, reconhecida mundialmente como a precursora da Enfermagem científica - foi responsável por revolucionar o cenário caótico na Guerra da Criméia no ano de 1954. Nightingale provocou transformações nos processos de trabalho, dando origem a novas perspectivas em saúde, as quais exercem forte influência até os dias atuais⁽¹⁾.

Desde então, e a partir da consolidação da Enfermagem como a ciência do cuidado, na data de seu aniversário é celebrado o dia da Enfermagem. Com vistas ao bicentenário de existência de Florence, o ano de 2020 foi escolhido para exaltar os profissionais de Enfermagem com o programa Nursing Now, edificado pela Burdett Trust for Nursing, em nome da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Conselho Internacional de Enfermeiras⁽²⁾.

Embora ainda haja marcas, ao longo dos anos a Enfermagem foi abandonando o espírito de subordinação e apropriando-se de um perfil autônomo, proativo e empreendedor, ao passo que essas características subsidiaram a conquista de

novos espaços. Por conseguinte, os enfermeiros passaram a ser vislumbrados a partir de suas competências e potencial para mudanças nos âmbitos sociais, político e econômico⁽²⁻³⁾.

Destaca-se que a Enfermagem desempenha função vital e insubstituível nos sistemas de saúde do mundo inteiro, atuando como membro integrador e orientador das equipes de saúde. No entanto, sua atuação ainda é pouco visibilizada e o programa busca evidenciar e estimular a liderança e o protagonismo dos enfermeiros, primordialmente, por meio da valorização dos profissionais⁴.

No Brasil, o programa Nursing Now está sendo amplamente divulgado pelo Conselho Federal de Enfermagem, com inúmeras atividades que iniciaram no ano de 2019, bem como a celebração dos 200 anos de Florence Nightingale.

Diferente do esperado para 2020, há quase dois séculos após a guerra que marcou para sempre a história da Enfermagem, novamente as equipes encontram-se frente a um dos maiores e mais complexos desafios - a pandemia do novo coronavírus, causador da doença de coronavírus 2019 (COVID-19), e que rapidamente se alastrou mundo afora⁽⁵⁾.

Nesse contexto, a Enfermagem no mundo inteiro está diante de três fenômenos: o ducentésimo aniversário de Florence Nightingale, a Campanha Nursing Now e a pandemia da COVID-19, causada pelo novo coronavírus. Novamente o legado de Florence emerge em tempos de guerra, nesse caso, uma guerra sanitária, quando simultaneamente confronta-se com a necessidade de empoderar enfermeiros líderes⁵. Com base no exposto, questiona-se: O que (re)significar, celebrar e prospectar no ano internacional da Enfermagem? Quais os desafios enfrentados por Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem face à pandemia da COVID-19?

Objetiva-se, assim, analisar depoimentos e relatos de profissionais da Enfermagem, divulgados pelo Conselho Federal de Enfermagem, na perspectiva do pensamento da complexidade.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, realizado a partir de uma pesquisa no site do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). A pesquisa documental inclui a busca de materiais, cujas fontes podem ser documentos oficiais, reportagens de jornais, cartas, diários, relatórios de empresa, filmes, contratos, dentre outras fontes⁽⁶⁾.

A pesquisa documental é considerada uma técnica exploratória, que quando trabalhada associada com o método qualitativo permite a exploração de novas temáticas ou problemas e, ainda, pode indicar a necessidade de trabalhar os problemas com outros métodos⁶. Sob esse enfoque, foram selecionados depoimentos de profissionais de Enfermagem que estão atuando no combate à COVID-19. Os depoimentos foram extraídos do site oficial do COFEN, no período de 01 de março de 2020 a 17 de maio de 2020, tendo em vista que os relatos para maior reconhecimento profissional e visibilidade de profissão, luta por 30 horas, melhores condições de trabalho, entre outras. Reivindicações que ganharam mais notoriedade, no Brasil, a partir do mês de março, conforme evidenciado no próprio site.

Como critérios para elegibilidade foram selecionados relatos de enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem, brasileiros e/ou estrangeiros, que atuam no Brasil ou em outros países, na versão online e divulgados pelo site oficial do Conselho Federal de Enfermagem. Foram excluídos os depoimentos exibidos em vídeos ou lives.

Após a definição da temática e os tipos de documentos, procedeu-se com a leitura, organização e a análise dos depoimentos, de modo a delimitar categorias e, por fim, a discussão do conteúdo dos relatos⁽⁶⁾. Dos 79 depoimentos encontrados, foram selecionados aleatoriamente cinco. A categoria profissional foi identificada pela letra inicial, seguida de um algarismo arábico, conforme o exemplo: “E1, E2 [...]” para as falas de

enfermeiros, “TE1, TE2 [...]” de técnicos de Enfermagem e “AE1, AE2 [...]” de Auxiliares de Enfermagem.

Os relatos foram organizados de acordo com os seus significados, categorizados em cinco temáticas e analisados a luz do pensamento da complexidade⁽⁸⁾. As categorias que emergiram na análise foram: Família - relações e interações familiares e sociais; Tensões - tendo que lidar com os desgastes físico e emocional frente às adversidades; Equipamentos de Proteção Individual - proteção e desconforto; Liderança - os desafios que permeiam as estratégias de enfrentamento.

RESULTADOS

Os depoimentos selecionados são dos relatos de profissionais de Enfermagem que atuam no combate à COVID-19, tanto em âmbito hospitalar, quanto na Atenção Primária em Saúde – APS. Os quais são oriundos de diferentes regiões do Brasil e de outros países, como Itália. Cenários que revelaram a tamanha complexidade e diversidade das necessidades de saúde conforme a realidade local. As cinco categorias temáticas geradas na análise dos dados serão discutidas a seguir, na perspectiva do pensamento da complexidade.

FAMÍLIA - RELAÇÕES E INTERAÇÕES FAMILIARES E SOCIAIS

Diante da COVID-19, os profissionais demonstram medo, ansiedade e insegurança, além de um misto de emoções para as quais não encontram respostas prontas. A insegurança está relacionada, sobretudo, aos familiares e amigos, no sentido de não expô-los ao risco, conforme mencionado nos depoimentos a seguir:

Eu não consigo dormir direito. Sonho que estou fazendo pacote de paciente.

Parece que vai acontecer com alguém da família da gente. Eu tenho muito medo. Tem colega que está alugando quarto para dormir porque tem medo de infectar os filhos e a mulher. (TE1)

TENSÕES - TENDO QUE LIDAR COM OS DESGASTES FÍSICO E EMOCIONAL FRENTE ÀS ADVERSIDADES

O desgaste físico, emocional e social, mencionado pelos profissionais, se amplia a cada dia de trabalho. Esse desgaste está relacionado aos equipamentos de proteção individual (EPI) que causam desconforto, e muitos profissionais necessitam trabalhar de fraldas, pois ir ao banheiro pode inutilizar o EPI. O isolamento social que os distancia dos familiares e a angústia dos pacientes também foi mencionada, dentre outros aspectos.

Acabamos usando fralda para poder aguentar. Não somos sexo frágil, aguentamos muito mais do que os homens em várias coisas, inclusive muitos homens também estão trabalhando de fralda. (TE2)

VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL - DA INVISIBILIDADE À VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

Apesar de terem ciência a respeito de sua importância para alicerçar o sistema de saúde, os profissionais compreendem que este é o momento para lutarem por condições dignas e salários que façam jus a complexidade da profissão. Entendem que é necessário estabelecer critérios para atuação de cada trabalhador, considerando e respeitando a singularidade de cada um de forma que tenham suporte e segurança garantidos.

Sempre fomos muito importantes no contexto da saúde do Brasil e do mundo. Porém, parece que sempre fomos invisíveis para a sociedade. [...]. Mas é nesta pandemia que a sociedade tem visto o trabalho da Enfermagem. Nunca é tarde para valorizar, principalmente porque 2020 foi considerado o ano internacional de Enfermagem [...]. (E1)

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL - PROTEÇÃO E DESCONFORTO

A escassez e a dificuldade na aquisição dos equipamentos de proteção individual geram insegurança nas equipes de Enfermagem, dado o contato constante com os pacientes infectados. Ao mesmo tempo em que sua utilização é fundamental, algumas instituições limitam a distribuição dos materiais, levando muitos profissionais os adquirirem pelos seus próprios meios.

O uso racionalizado dos equipamentos obriga os profissionais de Enfermagem a repensarem suas necessidades fisiológicas, por exemplo, tomar água ou ir ao banheiro, pois sabem que no momento que retiram a proteção, posteriormente terão que voltar a reutilizá-la.

Só ontem, no meu plantão, foram quatro mortes na UTI. Se eu fizer um óbito, pelo protocolo eu tenho que jogar a máscara que eu estou usando fora e colocar outra, mas no hospital a direção não está deixando fazer isso. A máscara N95 é dada para usarmos por um mês. A gente assina até um termo compromisso (o hospital fica com o documento e

não repassa a cópia aos funcionários). Se a máscara rasgar ou molhar, a responsabilidade é nossa, e a gente que tem que conseguir outra por conta própria. Então eu compro meus EPIs. Eu já comprei máscaras, já comprei um macacão impermeável. A gente está gastando do nosso bolso. (TE3)

LIDERANÇA - OS DESAFIOS QUE PERMEIAM AS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

Os diferentes contextos dos serviços de saúde existentes atualmente exigem performances específicas, proativas e criativas, que considerem cada cenário e sua realidade. Alguns serviços contam com suporte maior, seja por meio de recursos humanos e avançado aporte tecnológico, como é o caso de alguns serviços privados, por exemplo, enquanto outros locais lidam com a falta de recursos básicos, identificados nas falas:

Em janeiro começamos a nos organizar, pois já prevíamos que os primeiros casos chegariam em hospitais particulares, precisávamos estar preparados. Então montamos uma central de inteligência que diariamente acompanhava informações sobre o que acontecia no mundo: características da doença, como ela estava se propagando, entre outras. E montamos um Comitê de Crise que definiu quais seriam as pautas principais com as quais a gente deveria lidar. (E2)

O conflito vivenciado pelos profissionais pode ser percebido quando o cuidar de pessoas doentes, com proteção insuficiente, torna-se um medo constante, associado como a dificuldade em conciliar as necessidades pessoais com as exigências laborais. Além disso, tentativas inimagináveis de prestar a melhor assistência, apesar da insuficiência de recursos humanos, financeiros, materiais e tecnológicos, conjuntura que se caracteriza como um dos desafios mais complexos que a Enfermagem tem experimentado desde o começo da COVID-19.

DISCUSSÃO

Aceleradamente, os pacientes começaram a dar entrada nos hospitais, gravemente doentes, lotando os leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e sobrecarregando as equipes, sobretudo as de Enfermagem, dado o cuidado dispensado de forma constante⁽⁷⁾. Em meio ao caos ocasionado pela COVID-19, diferentes faces do cuidado puderam reforçar a complexidade existente no ser e no fazer de Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

A fim de subsidiar esta discussão, será adotada a teoria da complexidade de Edgar Morin, nascido na França, sociólogo, antropólogo e filósofo, reconhecido como um dos principais estudiosos no campo da complexidade. Segundo Morin⁽⁸⁻⁹⁾, a complexidade é tudo aquilo que é “tecido junto”, requer pensar em um conjunto de fenômenos que ocorrem simultaneamente e que, por sua vez, incorporam a incerteza, imprevisibilidade e falibilidade, condições as quais estamos vivenciando.

Observa-se, nas falas dos profissionais de Enfermagem, que o vírus não amedronta somente a comunidade leiga. Repentinamente, os trabalhadores presenciaram suas rotinas, pessoais e de trabalho, alteradas e expostas a inúmeros riscos e contratempos. No entanto, os trabalhadores de saúde não estão combatendo somente a doença, de fato estão travando

lutas diárias para superar lógicas reducionistas e um sistema vulnerável, na iminência de um colapso, pelo crescente número de casos confirmados⁽¹⁰⁾.

Para tanto, é imprescindível compreender que a partir do raciocínio da complexidade, quando se pensa em sistema, esse compreende a interação entre as unidades e o todo e vice-versa, não podendo ser simplesmente a soma das partes. É relevante ressaltar, nessa lógica, que o sistema interage e é influenciado por elementos/indivíduos internos e externos⁽⁸⁾.

A experiência dos primeiros países acometidos pela COVID-19 permitiu adotar condutas imediatas no sentido de prevenção e, a partir de então, possibilitar a reorganização de equipes, de processos, fluxos e outros, no sentido de garantir um percurso sistêmico. Essa readequação exige, portanto, refletir e (re)conhecer os problemas do mundo, identificar a diversidade que existe na singularidade como, também, a predominância da singularidade na diversidade e multiplicidade⁽⁹⁾.

Encontramo-nos, portanto, em um cenário poli, inter e transdisciplinar em que os indivíduos capacitados, na sua maioria, são unidisciplinares, especializados em uma área que segrega os saberes. O momento pandêmico, no entanto, tem induzido, frequentemente, a desagregação e o isolamento das pessoas, ao passo que a teoria da complexidade propõe a relação, a integração e o diálogo entre a ordem e a desordem⁽⁸⁻¹¹⁾.

A partir do conhecimento dos fatos que nos cercam outro ponto a ser considerado é a diferença entre o conhecimento e a informação. Logicamente não existe conhecimento sem informação, entretanto é necessário conectar os pontos, fundamentá-los e ampliá-los, o que ainda assim não exclui a possibilidade de erros⁽¹¹⁻¹²⁾.

Partindo-se da premissa de que o ser humano é complexo, o cuidado de Enfermagem não pode ser projetado a partir de outra orientação que não a da complexidade⁽¹³⁾. Sob esse enfoque, o cuidado de Enfermagem deve ser apreendido como

fenômeno complexo, sistematizado por meio das múltiplas relações, interações e associações sistêmicas, com vistas a promover e recuperar a saúde do ser humano de forma integral e articulada com tudo que o cerca⁽¹⁴⁾.

Da desvalorização profissional ao protagonismo social da Enfermagem em um momento pandêmico. O que esse fenômeno quer despertar na sociedade, em um ano de Campanha Nursing Now? Historicamente a Enfermagem exerce suas funções mediante as condições insalubres e sobrecarga de trabalho, combinada a jornadas extensas e má remuneração, atualmente, somado a essa bagagem e ao elevado risco de contaminação pelo novo coronavírus, o trabalho nas unidades de saúde tornou-se ainda mais desafiador⁽¹⁵⁾.

Para enfrentar as intempéries, nessa direção, é preciso admitir que assim como os pacientes que chegam às mãos da Enfermagem, os profissionais também são constituídos por dimensões biológica, psíquica, social, cultural e espiritual⁽⁸⁾. Significa que não se pode desconsiderar a complexidade que envolve a relação com o outro e consigo mesmo⁽⁸⁾.

A Enfermagem é a ciência de promover o cuidado de Enfermagem ao ser humano em sua singularidade e multidimensionalidade, articulada com os demais profissionais comprometidos com o fenômeno saúde, a partir de uma visão ecossistêmica, ética e socialmente responsável⁽¹⁴⁾. E, no que diz respeito à prevenção e enfrentamento da COVID-19, os enfermeiros representam o eixo ordenador da linha de frente nos diferentes níveis de atenção à saúde⁽¹⁶⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se a partir da análise dos depoimentos e relatos da Enfermagem, divulgados pelo Conselho Federal de Enfermagem, na perspectiva do pensamento da complexidade, que esses profissionais vivenciam, neste momento de pandemia,

um intenso movimento de ordem-desordem-ordem. Percebe-se que a partir do sobreviver ou morrer do outro, os profissionais passaram a reincorporar a condição humana, de maneira que o paciente e seu familiar refletem a sua própria vulnerabilidade. “Se colocar no lugar do outro” ou “cuidar como você gostaria de ser cuidado” talvez nunca tenham sido tão tangíveis como neste momento.

Quanto ao ano em que é celebrado o bicentenário de Florence Nightingale, seu legado tem preservado milhares de vidas, por meio dos princípios de higiene explanados e comprovados na sua teoria, a Teoria Ambientalista. Após quase 200 anos, a sua herança perpassa os profissionais de Enfermagem e alcança a população mundial, proporcionando excelentes resultados para a prevenção da COVID-19.

Se por um lado a campanha Nursing Now aponta para a necessidade de enfermeiros líderes, melhores condições de trabalho para os profissionais de Enfermagem e práticas inovadoras, por outro, a pandemia nos exige visão prospectiva e raciocínio sistêmico.

REFERÊNCIAS

1. Rakoczy S. Florence Nightingale: Discernment as trusting experience. *HTS Theologiese Studies/Theological Studies* [internet]. 2019 Oct [acesso em 22 mai 2020]; 74(3):1-8. Disponível em: http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0259-94222018000300055&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
2. Mendes IAC. Agora, sim!!! Lançamento da campanha nursing now Brasil. *Enferm. Foco* [internet]. 2019 Abr [acesso em 22 mai 2020]; 10(2):1-3. Disponível em: <http://revista.cofen.go.v.br/i/index.php/enfermagem/article/view/2331/495>.
3. Cruz RAO, Araujo ELM, Nascimento NM, Lima RJ, França JRFS, Oliveira JS. Reflections in the light of the complexity theory and nursing education. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 jan-fev [acesso em 23 mai 2020];70(1):224-7. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/0034-7167-reben-70-01-0236.pdf>.

4. Reinking C. Nurses transforming systems of care: The bicentennial of Florence Nigthingale's legacy. *Nursing Management* [internet]. 2020 Apr [acesso em 22 mai 2020];51(5):32-37. Disponível em: https://journals.lww.com/nursingmanagement/Fulltext/2020/05000/Nurses_transforming_systems_of_care__The.7.aspx.
5. Riboli E, Arthur JP, Mantovani MF. No epicentro da epidemia: um olhar sobre a Covid-19 na Itália. *Cogitare Enferm.* [internet]. 2020 Mai [acesso em 22 mai 2020];25. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/72955/pdf>.
6. Lüdke M, André MEDA. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas [internet]. São Paulo: EPU; 1986 [acesso em 25 mai. 2020]. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4247151/mod_resource/content/2/Lud_And_cap3.pdf.
7. Oliveira AC. Desafios da enfermagem frente ao enfrentamento da pandemia da Covid19. *Rev. Min. Enferm.* [internet]. 2020 fev [acesso em 28 mai 2020];24:e-1302. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1096592>.
8. Morin E. A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. 17ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2010.
9. Morin, E. Introdução ao pensamento complexo. 5ed. Tradução de Dulce Matos. Lisboa: Instituto Piaget; 2008.
10. Graeme DS, Fowie NG, William HCL. COVID-19: Emerging compassion, courage and resilience in the face of misinformation and adversity. *J Clin Nurs.* [internet]. 2020 May [acesso em 28 mai 2020];29(9-10): 1425-1428. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7166833/>.
11. Morin E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. 5ª ed. São Paulo: Cortez; 2003.
12. Morin E. Ciência com consciência. 10ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2007.
13. Cabral MFCT, Viana AL, Gontijo DT. Utilização do paradigma da complexidade no campo da saúde: revisão de escopo. *Esc Anna Nery* [internet]. 2020 Jan [acesso em 30 mai 2020]; 24(3):1-10. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452020000300701&script=sci_arttext.
14. Backes DS, Zemberlan C, Colomé J, Souza MT, Marchiori MT, Erdmann AL, Salazar-Maya AM. Interatividade sistêmica entre os conceitos interdependentes de cuidado de enfermagem. *Aquichan* [internet]. 2016 Mar [acesso em 10 jun 2020];16(1):24-31. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v16n1/v16n1a04.pdf>.

15. Souza e Souza LPS, Souza AG. Enfermagem brasileira na linha de frente contra o novo Coronavírus: quem cuidará de quem cuida? J. nurs. Health [internet]. 2020 Abr [acesso em 29 mai 2020];10(4):1-13. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/18444/11237>.
16. Chen SC, Lai YH, Tsay SL. Nursing Perspectives on the Impacts of COVID-19. The Journal of Nursing Research [internet]. 2020 Jun [acesso em 10 mai 2020];28(3):1-5. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32398577/?from_term=nursing+covid-19&from_page=3&from_pos=5



AÇÕES ESTRATÉGICAS DE ENFRENTAMENTO AO COVID-19: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Ana Carolina Feldns Lederhans

Aline Dalcin Segabinazi

Amanda Quadros de Souza

Keity Laís Siepmann Soccol

Mara Regina Caino Teixeira Marchiori

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária em Saúde (APS) é considerada como a porta de entrada na Rede de Atenção à Saúde⁽¹⁾. É um pilar frente a situações emergenciais, como a que o país está vivenciando, decorrente da pandemia de COVID-19. E, devido à sua relevância para a assistência à saúde da população, fazem-se necessárias mudanças no atendimento e na organização dos serviços, pois uma importante parcela da população procura os serviços de atenção básica como primeiro acesso aos cuidados⁽²⁾. Assim, para garantir o cuidado à população, os profissionais de saúde precisaram se adaptar frente a essa situação inesperada e desconhecida.

Neste momento, em que a Enfermagem brasileira é protagonista no enfrentamento do novo coronavírus, é importante discutir sobre funções, condições de vida e de trabalho, além de refletir sobre o sistema de saúde e os modos para enfrentar situações de pandemias⁽³⁾. O enfrentamento da pandemia de

COVID-19 é, atualmente, o maior desafio mundial. Causa impacto em todos os setores sociais, o que exige uma reorganização estratégica da assistência na saúde pública.

A partir do momento em que a esfera estadual decretou calamidade pública, conforme decreto n.º 55.154, de 19 de março de 2020, implementou-se a criação de um Comitê de Enfrentamento ao coronavírus, o qual foi composto por uma equipe multiprofissional. O Comitê teve como objetivo auxiliar a gestão pública na tomada de decisões técnicas para o enfrentamento da pandemia, o que culminou em mudanças significativas na dinâmica dos serviços de saúde do município⁽⁴⁻⁵⁾.

O presente relato de experiência tem como objetivo descrever as ações estratégicas de enfrentamento à COVID-19 em um serviço de Atenção Primária em Saúde (APS), de um município de pequeno porte do interior do estado do Rio Grande do Sul.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A fim de garantir uma assistência integral e resolutiva, bem como evitar a propagação do coronavírus, foi necessária a elaboração de estratégias nos serviços da APS. Assim, os serviços foram reorganizados no que tange ao modo como a assistência estava sendo prestada e à dinâmica do serviço quanto à capacitação dos profissionais.

No que se refere ao modo como a assistência estava sendo prestada, foram necessárias alterações na oferta de consultas odontológicas, médicas e de Enfermagem, em que aquelas consideradas como eletivas foram canceladas temporariamente. No entanto, frente às reavaliações semanais, as consultas de Enfermagem e médicas foram retomadas, todavia com os cuidados indicados para evitar a contaminação. Esses cuidados visavam aumentar o tempo entre as consultas, para evitar a aglomeração dos usuários nas unidades de saúde. Quanto às

consultas odontológicas, somente foram retomadas aquelas consideradas de urgência.

Ainda com o intuito de evitar aglomeração, foram canceladas as atividades coletivas, como de grupos e festividades. Foi prorrogada a validade das receitas médicas de medicamentos disponíveis na farmácia municipal. Outra importante estratégia desenvolvida, que evitou a aglomeração, foi a Campanha de Vacinação da Influenza no domicílio, que reduziu a exposição dos grupos de risco à COVID-19.

No que tange a dinâmica do serviço e da estrutura física, foi necessária uma organização para a logística dos atendimentos. Desse modo, foram adaptadas salas exclusivas para o atendimento de usuários com suspeita de COVID-19, bem como uma sala para a coleta de exames.

Foi necessário reorganizar os serviços conforme as características da epidemia, com a alocação de recursos financeiros e estratégias de ação específicas para o enfrentamento da pandemia e atuação de profissionais de saúde capacitados, com o propósito de responder com qualidade às demandas das pessoas⁽⁶⁾.

Para que o enfrentamento da pandemia fosse eficaz, a capacitação dos profissionais de saúde mostrou-se como essencial. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), considerados como os principais protagonistas do sucesso inicial das ações, foram capacitados para atuar nos domicílios e fornecer orientações precisas e seguras, baseadas em evidências científicas e, assim, garantir o elo entre o serviço e o usuário⁽⁷⁾.

O cenário provocado pela pandemia levou a intensas alterações e trouxe importantes desafios para a APS, principalmente aos profissionais de Enfermagem. Esses passaram a expressar sentimentos relacionados à ansiedade, medo e frustrações. Com base nisso, ações estratégicas foram desenvolvidas a fim de minimizar o tempo de exposição prolongada da carga viral e de evitar o afastamento dos profissionais. Para tal, foi permitida uma maior flexibilização na escala de trabalho desses profissionais.

Outro desafio, vivenciado pelos profissionais nos serviços de APS, foi a escassez de insumos, inclusive os equipamentos de proteção individuais (EPIs) mostraram-se insuficientes. Faz-se importante lembrar que o profissional quando adoecer, além dos prejuízos na sua saúde, terá que se ausentar do trabalho, o que gera uma sobrecarga à equipe. Pode, também, tornar-se um risco para os usuários⁽³⁾.

Nessa situação foi necessário mobilizar o gestor de recursos materiais para elaborar estratégias, com a finalidade de garantir a proteção do trabalhador e a garantia da manutenção da assistência em saúde. É função dos gestores a garantia de condições de trabalho adequada aos profissionais da saúde, para que prestem cuidados com qualidade e segurança⁽⁸⁾.

O monitoramento dos usuários com suspeita de COVID-19 foi realizado por contato telefônico ou através de visita domiciliar. O monitoramento englobou desde a realização do teste diagnóstico, até a confirmação da doença e a melhora da sintomatologia. A mesma estratégia de acompanhamento foi realizada com os usuários com diagnóstico confirmado e que apresentavam sintomas leves.

A APS tem uma oportunidade única de se fortalecer como coordenadora do cuidado para a maior parte dos problemas de saúde enfrentados pela sociedade, dando um passo além no papel de coordenação e comunicação do cuidado, desenvolvendo ações para a população, buscando a diminuição drástica das pessoas que seriam encaminhadas, desnecessariamente, aos prontos-socorros e hospitais. Assim, evitando a superlotação e gastos desnecessários de recursos humanos e financeiros⁽⁹⁾.

Os usuários com COVID-19, e que apresentavam sintomas graves, eram encaminhados para internação hospitalar. E, após a alta, eles permaneceram em acompanhamento e monitoramento dos agravos provocados pela doença. Destaca-se que a APS tem, entre suas diretrizes, a coordenação e

longitudinalidade do cuidado, sendo assim é responsabilidade da equipe garantir a continuidade do cuidado⁽¹⁾.

Os profissionais de saúde também tiveram que se adaptar aos novos protocolos de atendimento, em um curto período de tempo. Nesse período, as discussões de protocolos com a equipe multiprofissional foram intensificadas, pois, por vezes, os sinais e sintomas, o resultado dos exames e a evolução da patologia não eram compatíveis com os estudos publicados. Essa situação gerava incerteza e angústias à equipe.

Uma das principais dificuldades encontrada pelos profissionais de saúde foi a sensibilização dos usuários que necessitavam de isolamento. Estes não cumpriam devidamente as orientações realizadas pelos integrantes do Comitê. Diante dessa situação, o apoio de fiscais de rua, da Brigada Militar e da Polícia civil, para monitorar o não cumprimento do isolamento social, foram fundamentais para evitar a propagação do coronavírus.

Diante do exposto, este capítulo evidenciou as estratégias que foram elaboradas por um Comitê para evitar a propagação de COVID-19, a reorganização do serviço de saúde e a importância do apoio de demais serviços envolvidos, bem como os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A APS é essencial no protagonismo às situações como a pandemia da COVID-19, devido ao seu atendimento abrangente em parcelas expressivas da população. Assim, aponta-se para a necessidade de valorização dos serviços na APS, bem como dos profissionais de saúde, especialmente da Enfermagem que é a maior força de trabalho entre os profissionais. É imprescindível que haja maiores investimentos para a segurança dos profissionais de saúde.

A criação e a implementação de um Comitê de Enfrentamento ao coronavírus, para evitar a propagação do vírus e capacitação dos profissionais de saúde, mostraram-se efetivas. E as reorganizações, para garantir a integralidade do cuidado e das ações, desvelaram-se como necessárias.

Ademais, o Comitê possibilitou uma organização social com forças da segurança pública, para auxiliar no monitoramento dos casos confirmados. Isso evidenciou a importância de todos os esforços para o sucesso no enfrentamento da pandemia.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
2. Dunlop C., Howe A, Li D, Allen LN. The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response. *BJGP Open* [Internet]. 2020 Jan [acesso em 25 jun 2020]; pii:bjgpopen20X101041. Disponível em: <https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101041>.
3. Souza & Souza LPS, Souza AG. Enfermagem brasileira na linha de frente contra o novo Coronavírus: quem cuidará de quem cuida? *J Nurs Health*. 2020;10(n. esp.):e20104005. doi: <http://dx.doi.org/10.15210/jonah.v10i4.18444>.
4. Secretaria Estadual de Saúde (RS). Decreto ° 55.128, de 19 de março de 2020. Declara estado de Calamidade pública em todo o território do Rio Grande do Sul para fins de prevenção e enfrentamento da epidemia pelo COVID 19 e da outras providências. Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde; 2020.
5. Câmara Municipal de Vereadores. Vila Nova do Sul (RS). Portaria n° 40, de 23 de março de 2020. Cria o Comitê de Enfrentamento a pandemia do Novo Corona Vírus e Nomeia membros para compor o referido Comitê. Vila Nova do Sul: Câmara Municipal de Vereadores; 2020.
6. Ministério da Saúde (BR). Universidade Aberta do SUS. Atualização: orientações gerais ao paciente com COVID-19 na Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. [acesso em 25 jun 2020]. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/cursos/curso/46168>.

7. Ribeiro MA, Junior DGA, Cavalcante ASP, Martins AF, Sousa LA, Carvalho RC, Cunha ICKO. (RE)Organização da Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento da COVID-19: Experiência de Sobral-CE. APS em Revista, 2020;2(2):177-188.
8. Lourenção LG. A Covid-19 e os desafios para o sistema e os profissionais de saúde. Enfermagem em Foco, jun. 2020;11(1).Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3488/726>.
9. Harzheim E, Martins C, Wollmann L, Pedebos LA, Faller LA, Marques MC et al. Ações federais para apoio e fortalecimento local no combate ao COVID-19: a Atenção Primária à Saúde (APS) no assento do condutor. Ciênc Saúde Coletiva. Jun 2020. [acesso em 24 jun 2020]; 25(Suppl 1):2493-2497. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020006702493&lng=en.



ENFERMAGEM OBSTÉTRICA EM TEMPOS DE COVID-19

Fabiele Rodrigues Maurer

Viviane Queiroz Flain

Lígia Maria Terra Fontella

Cláudia Zamberlan

Claudia Maria Gabert Diaz

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou 2020 o Ano Internacional de Enfermeiras e Obstetizas, o que foi divulgado desde fevereiro de 2018 na campanha global Nursing Now, que tem como patrona a Duquesa de Cambridge. A proposta articula um movimento de valorização e empoderamento dessas profissionais, no ano em que se celebra o bicentenário de Florence Nightingale⁽¹⁾.

Paralelamente a essa comemoração, em março deste mesmo ano, a OMS anuncia o surgimento da pandemia pela Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-CoV-2), causada pelo novo coronavírus (COVID-19). Neste cenário, a Enfermagem é considerada uma das principais profissões da linha de frente, o que torna os profissionais mais propensos a sofrer diante das pressões e responsabilidades, com consequências físicas e emocionais para sua própria saúde⁽²⁾.

Com essa situação, e considerando que a Enfermagem é uma profissão basicamente constituída por mulheres, constata-se que são expostas a elevadas cargas de trabalho, bem como a assédio nas mais distintas situações. Logo, gerando exaustão do seu corpo e da sua mente, o que provoca sentimentos de impotência, frustração e insegurança profissional⁽³⁾.

Vale refletir que as mulheres geralmente são as mais afetadas em situações de crise e em uma pandemia não seria diferente. O vírus pode até ser “democrático”, como se tem declarado na mídia, contudo suas consequências não o são. Nesse sentido, compreendem-seas mulheres enquanto enfermeiras, trabalhadoras da saúde, mas também como trabalhadoras informais, no trabalho doméstico e muitas vezes enfrentando a violência doméstica⁽⁴⁾.

No contexto obstétrico, a situação não é diferente. A crise causada pela pandemia vai impactar na qualidade da atenção à paciente. Nesse entorno, o árduo caminho percorrido em busca da humanização da assistência pode retroceder e gerar maior exposição para o aumento do número de cesarianas sem indicação clínica precisa, além da expansão da violência de gênero, obstétrica e institucional, que podem prejudicar a experiência positiva do parto⁽⁵⁾.

Prevendo essa situação e na tentativa de minimizar consequências, a International Confederation of the Midwives redigiu a declaração intitulada “Os direitos das mulheres no parto devem ser mantidos durante a pandemia”, e direciona as ações às mulheres, aos serviços e aos sistemas de saúde. Além disso, o documento discorre sobre os aspectos pertinentes aos trabalhadores e ao pessoal da saúde, visando à garantia de condições básicas para o desempenho do trabalho seguro durante esse período⁽⁶⁾.

Assim, frente à complexidade da temática e à sua emergente importância na atenção à saúde, justifica-se a relevância deste estudo que objetivou refletir sobre as implicações da pandemia pelo novo coronavírus no contexto da Enfermagem obstétrica.

MÉTODO

Trata-se de um ensaio teórico e reflexivo que contribui para a ampliação das discussões acerca da Enfermagem obstétrica

em tempos de COVID-19. A construção deste estudo foi motivada pela vivência profissional das autoras, e refletido em consonância com a literatura nacional e internacional sobre a temática, no período de março a junho de 2020.

AS IMPLICAÇÕES DA PANDEMIA PELO NOVO CORONAVÍRUS NO CONTEXTO DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

O Ministério da Saúde (MS) e entidades científicas nacionais e internacionais têm publicado documentos e materiais informativos, a fim de orientar a comunidade e os profissionais da saúde, com relação a medidas e ações que possam restringir o contágio e minimizar os efeitos da infecção COVID-19⁽⁷⁾.

Os serviços de atenção obstétrica e neonatal são considerados essenciais, logo é indispensável que profissionais, que atuam no cuidado, estejam atualizados e treinados para tomada de decisões sobre aqueles com suspeita ou infecção confirmada por SARS-CoV-2⁽⁶⁾.

Sobre esse aspecto, o pré-natal de risco habitual deve ser mantido no período da pandemia de COVID-19. No entanto, os intervalos poderão ser mais espaçados entre as consultas e a realização de exames, por sua vez, deve acontecer conforme as necessidades específicas de cada caso. Isso feito com o intuito de contrabalançar riscos e benefícios entre a segurança materno-fetal e a exposição desnecessária das gestantes e demais pessoas envolvidas⁽⁸⁾.

E, apesar de a COVID-19 ser um agravo de notificação compulsória, até o momento não há detalhamento dos casos da doença em gestantes e recém-nascidos. Isso dificulta a criação e a implementação de ações capazes de interromper o ciclo de contágio, bem como não colabora para adequada organização dos serviços de assistência à saúde, comprometendo a eficácia do enfrentamento da pandemia⁽⁷⁾.

Tratando-se dos serviços que integram a Rede Cegonha, como referência para o pré-natal de alto risco e dos ambulatórios especializados, fica claro que eles devem manter o atendimento às gestantes de seu território. Mais do que nunca, a articulação entre as equipes do pré-natal de alto risco e da Atenção Primária à Saúde, no território de residência da gestante, faz-se necessária para a garantia da segurança da usuária e da coletividade⁽⁸⁾.

A OMS emitiu orientações para assistência ao parto, que consta a seguinte declaração: “Todas as mulheres grávidas, incluindo aquelas com infecção confirmada ou suspeita por COVID-19, têm direito aos cuidados de alta qualidade antes, durante e após o parto”, que abrange cuidados de saúde pré-natal, ao recém-nascido, pós-natal e de saúde mental^(9,10).

Ao mesmo tempo, de acordo com a OMS e o MS, o consenso é que os gestores de saúde devem oferecer condições à implementação de um modelo de atenção, que inclua a enfermeira obstétrica e a obstetrix na assistência ao parto de mulheres com gestação de risco habitual. Do mesmo modo, é importante a presença dessas profissionais no cuidado às mulheres com condições de risco clínico ou obstétrico, em conjunto com a equipe de saúde⁽⁵⁾.

Além disso, para limitar as possibilidades de propagação da COVID-19 nos hospitais, deveria se adequar o modelo de continuidade do cuidado em Obstetrícia, ou seja, assistência prestada pelo mesmo profissional, a fim de restringir o número de cuidadores em contato com a mulher e seu acompanhante⁽⁶⁾.

Vale enfatizar que, segundo orientações do MS, deve ser garantido o direito à presença de um acompanhante, mesmo durante a pandemia, desde que ele seja assintomático para síndrome gripal, que não tenha contato domiciliar para casos suspeitos, ou confirmados da COVID-19 e que permaneça com máscara cirúrgica no ambiente durante todo tempo. A presença do/a acompanhante, além de ser um direito da

mulher, é também a forma mais eficaz de prevenir a Violência Obstétrica^(9,10,11).

As intervenções médicas de rotina como a indução do parto, a cesariana e o uso de fórceps sem indicação obstétrica aumentam a probabilidade de complicações para a mãe e para o recém-nascido, assim como a duração da internação hospitalar e a carga de trabalho dos profissionais de saúde nos hospitais⁽⁶⁾. Deve-se atentar para que não se percam os avanços e direitos conquistados até esse momento para esse grupo⁽⁷⁾.

A OMS apoia manter a amamentação e evitar a separação mãe-filho⁽⁹⁾ no caso de a mãe estar acometida da COVID-19, mas ainda não existem evidências científicas, especialmente na Região das Américas, para determinar orientações e recomendações definitivas. Nos poucos estudos realizados com mulheres com COVID-19, o vírus não foi detectado no leite materno⁽¹²⁾.

Embora não existam estudos brasileiros acerca da morbidade materna grave e mortalidade materna associada à COVID-19, vale destacar que, na maioria das situações, a fisiopatologia das complicações observadas na gestação envolve a hipoxemia materno-fetal. Contudo, a situação é ainda mais delicada, pois em apenas um mês de 2020 já ocorreram mais mortes maternas no Brasil do que o observado em cinco países do mundo juntos, desde o final de 2019. Inclusive, discute-se que o número total de óbitos é ainda superior aos nossos dados oficiais⁽⁸⁾.

Paralelamente ao cuidado obstétrico e neonatal, as entidades das áreas nacionais e internacionais enfatizam que todos os profissionais devem ter disponível Equipamento de Proteção Individual. Além do mais, a valorização do trabalho e dos trabalhadores do setor da saúde, com atuação na linha de frente na batalha contra a pandemia, devem ter suas necessidades reconhecidas e garantidas⁽⁵⁾.

Embora seja difícil presumir o impacto desta pandemia às condições de trabalho e de saúde da Enfermagem. É possível

visualizar a falta de estrutura, de suporte logístico e de materiais para uma assistência segura aos profissionais, fazendo-os adoecer física e mentalmente, uma vez que ficam à margem dos cuidados pelas instituições que os empregam e das entidades que fiscalizam os empregadores⁽¹³⁾.

Outro ponto a ser enfatizado nesta reflexão é que a maioria dos profissionais que estão atuando na linha de frente no combate à COVID-19, em escala global, são mulheres e estão mais vulneráveis que os homens, já que representam cerca de 70% da força de trabalho na área de saúde. De acordo com a médica norte-americana Celine Gounder, especialista em doenças infecciosas da Faculdade de Medicina da Universidade de New York, as enfermeiras e as técnicas também estão mais suscetíveis à exposição ao coronavírus do que os médicos ou médicas, pois são elas que ficam em contato direto com as secreções que facilitam o contágio e disseminação da COVID-19⁽¹⁴⁾.

Ao mesmo tempo, a Enfermagem é apontada como uma categoria vital para o sistema de saúde tanto brasileiro, como mundial, passando de categoria desvalorizada para protagonista da luta contra o novo coronavírus⁽¹³⁾. Trata-se de um momento histórico e dicotômico para a profissão, com oportunidade de conquistas, avanços e visibilidade em meio à crise causada pela pandemia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término desta reflexão, foi possível perceber que, mesmo com um período curto de tempo da pandemia, já existem várias publicações sobre o tema; no entanto, permeado por incertezas e fragilidades, pois é sabido que ainda há um longo caminho que precisa ser percorrido pelos cientistas, trabalhadores da saúde e a sociedade. Certamente, essa limitada base de evidências científicas atuais projeta a esperança de novas descobertas, através das futuras pesquisas.

No que tange aos direitos das mulheres e das crianças desde a gestação, até no parto e no puerpério, haverá a necessidade de que não se meça esforços para-garanti-los com eficiência.

Além disso, o estudo possibilitou reflexões acerca da visibilidade profissional e das questões de gênero que perpassam o trabalho da Enfermagem obstétrica em meio à pandemia. Diante do exposto, o momento é favorável à sensibilização dos governantes e da sociedade em geral para enfrentar as desigualdades e dificuldades que envolvem a Enfermagem e, em especial, das mulheres no seu cotidiano. Assim, buscando alternativas e soluções para amenizar todas as formas de violência e vulnerabilidade.

REFERÊNCIAS

1. Cassiani, SH de B; Lira Neto, JCG. Perspectivas da Enfermagem e a Campanha Nursing Now. Rev. Bras. Enferm. 2018; 71(5):2351-2352. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000502351&lng=en&nrn=iso>. access on 22 June 2020.
2. Barbosa, DJ.; Gomes, MP.; Souza, FBA.; Gomes, AMT. Fatores de estresse nos profissionais de enfermagem no combate à pandemia da COVID-19. Comunicação em Ciências da Saúde. 2020; 31 (Supl 1): 31-47. Disponível em: <http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/651>. Acesso em 22 de maio, 2020
3. Pereira, MD; Torres, EC.; Pereira, MD.; Antunes, PFS. Sofrimento emocional dos enfermeiros no contexto hospitalar frente à pandemia de COVID-19. Revista Research, Society and Development, 2020. [acesso em 22 Jun 2020]. Disponível em: <file:///D:/Bibliotecas/Downloads/675-Preprint%20Text-927-1-10-20200530.pdf>.
4. Mendes, JDS. As mulheres a frente e ao centro da pandemia do novo coronavírus. Revista Brasileira de Cultura e Política em Direitos Humanos. Metaxy, capa, 5 ed, 2020. [acesso em 11 jun 2020]. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Janaina_Mendes/publication/341778505_As_mulheres_a_frente_e_ao_centro_da_pandemia_do_novo_coronavirus/links/5ed3bf3392851c9c5e6c3c99/As-mulheres-a-frente-e-ao-centro-da-pandemia-do-novo-coronavirus.pdf

5. Souza, KV de; Schneck, S; Pena, ED; Duarte, ED; Alves, VH. Direitos humanos das mulheres no parto frente à pandemia de covid-19: o que fazer da enfermagem obstétrica. *Cogitare enferm.* 2020; 25. [acesso em 22 Jun 2020]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.73148>.
6. ICM. International Confederation of Midwives. Women's rights in childbirth must be upheld during the coronavirus pandemic. [Internet].2020 [acesso em 11 jun 2020]. Disponível em: https://www.internationalmidwives.org/assets/files/news-files/2020/03/icm-statement_upholding-womens-rightsduring-covid19-5e83ae2ebfe59.pdf.
7. Rondelli, G.; Jardim, D.; Hamad G.; Luna, E.; Marinho, W.; Mendes, L.; Souza, K.; Gratão, L. Assistência às gestantes e recém-nascidos no contexto da infecção covid-19: uma revisão sistemática. *Desafios - Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins.*2020; 7 (Especial-3):48-74, 2020. [acesso em 23 Jun 2020]. Disponível em: <https://doi.org/10.20873/uftsuple2020-8943>.
8. Sesap. Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil. Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte. Comitê Técnico Assistencial para Enfrentamento à Pandemia de COVID-19. COVID-19 e Gravidez. Orientações para a linha de cuidado no ciclo gravídico-puerperal no Rio Grande do Norte. 2020. [acesso em 22 Jun 2020]. Disponível em: https://portalcovid19.saude.rn.gov.br/wp-content/uploads/2020/05/COVID-19-E-GRAVIDEZ-SESAP-2020-21_05.pdf.
9. Who. World Health Organization. Saúde sexual e reprodutiva. Gravidez, parto, aleitamento materno e COVID-19. 2020. [acesso em 22 Jun 2020]. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/q-a-on-covid-19-pregnancy-childbirthand-breastfeeding>.
10. Brasil. Área Técnica de Saúde da Mulher. Atenção à gestante coronavírus (Covid-19). [acesso em 22 Jun 2020]. Disponível em: <https://saude.to.gov.br/area-tecnica-de-saude-da-mulher/atencao-a-gestante---coronavirus-covid-19/>
11. Abenfo/Sobep. Associação Brasileira de Enfermeiros Obstetras e Obstetrizes. Sociedade Brasileira de Enfermeiras Pediatras. Nota técnica referente aos cuidados da equipe de enfermagem obstétrica, neonatal e pediátrica diante de caso suspeito ou confirmado. Abril, 2020. [acesso em 22 mai 2020]. Disponível em: https://sobep.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Nota-Tecnica-COVID-19-Enfermagem-ObstA%CC%83%C2%A9%EF%B8%8Ftrica_Neo_Ped.pdf
12. Duran, P et al. COVID-19 and newborn health: systematic review. *Revista Panamericana de Salud Pública* [online]. 2020; 44 (e54) [acesso em 23 Jun 2020]. Available from: <<https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.54>>. ISSN 1680-5348. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.54>.

13. Souza e Souza, LPS.; Souza, AG. Enfermagem brasileira na linha de frente contra o novo Coronavírus: quem cuidará de quem cuida? J. nurs. Health.2020;10(n. esp.):e20104005. [acesso em 23 Jun 2020]. Disponível em: file:///D:/Bibliotecas/Downloads/18444-62631-1-PB.pdf

14. Pisani, M da S. O enfrentamento e a sobrevivência ao Coronavírus também precisa ser uma questão feminista! Cadernos de Campo (São Paulo, online). 2020; 29(1);156-162. [acesso em 22 Jun 2020]. Disponível em: file:///D:/Bibliotecas/Downloads/168854-Texto%20do%20artigo-413203-2-10-20200610%20(1).pdf.



NURSING NOW E COVID-19: ENSAIO TEÓRICO-REFLEXIVO À LUZ DO PENSAMENTO DA COMPLEXIDADE

Dirce Stein Backes

Marli Terezinha Stein Backes

Caroline Pacheco Araújo

Carla Lizandra de Lima Ferreira

Regina Gema Santine Costenaro

INTRODUÇÃO

A doença causada pelo coronavírus surgiu na cidade de Wuhan, em dezembro de 2019. E, em poucos dias, se espalhou por toda a China, demonstrando amplo espectro de gravidade e letalidade, inclusive em pacientes sem sintomas aparentes. Esses e outros fatores contribuíram para a sua rápida disseminação no mundo e a sua configuração em pandemia, conforme declaração da Organização Mundial da Saúde⁽¹⁾.

O coronavírus (COVID-19) se caracteriza como doença infecciosa causada por um novo vírus, que até então não se tinha sido identificado em humanos. O vírus causa uma doença respiratória semelhante à gripe e tem sintomas como tosse seca, febre, dispneia, mialgia ou fadiga e, em casos mais graves, pneumonia, além de alta transmissibilidade. Uma pessoa infectada espalha a doença, em média, para duas ou três outras, o que representa uma taxa de aumento exponencial. A COVID-19 representa, sob esse enfoque, uma ameaça à saúde pública mundial e à vida humana, pois pode vitimizar idosos com problemas de saúde prévios, como também causar a morte de adultos saudáveis.

Como se isso não bastasse, ainda não existe nenhuma terapêutica comprovada para a sua prevenção e o seu tratamento⁽³⁾.

Portanto, encontramos-nos diante do caos. Definido por Edgar Morin, um dos pensadores mais importantes da atualidade, como fenômeno irreversível ou instável e não reduzível à uma realidade matemática. Significa dizer que, na medida em que o mundo se globaliza e se torna mais complexo e caótico, as mentes humanas se expandem mais e mais para acompanhar esse desenvolvimento que, por sua vez, possibilita o surgimento de fenômenos ainda mais caóticos. Na visão do autor, é preciso superar um pensamento que reduz e fragmenta por um pensamento que distingue, une e integra. Isso é, por um pensamento complexo, dinâmico e evolutivo. O autor reconhece que não há problemas que não sejam complexos e, conseqüentemente, não há lugar para o saber simplificado⁽⁵⁾.

Diante desse cenário incerto, vulnerável e caótico encontram-se os profissionais de saúde. Destacam-se, especialmente, os profissionais de Enfermagem, protagonistas no combate e no controle da propagação da COVID-19. Que atuam dioturnamente no cuidado direto aos pacientes, colocando a própria saúde em risco e, muitas vezes, com sobrecarga de trabalho e condições de trabalho precárias. Além disso, ainda necessitam lidar com o temor e a frustração de terem que presenciar inúmeras pessoas morrendo por falta de suporte ventilatório, além de, forçadamente, ter que optar ou escolher quem deve ou não continuar vivendo⁽⁶⁾.

Diante do exposto, questiona-se: como os profissionais da equipe de Enfermagem estão vivenciando o cotidiano profissional em tempos de pandemia provocada pela COVID-19?

OBJETIVO

Promover ensaio teórico-reflexivo sobre vivências e relatos da Enfermagem em tempos de pandemia provocada pela COVID-19, à luz do pensamento da complexidade.

RAZÕES QUE MOTIVARAM A CONSTRUÇÃO DESTE ESTUDO

Trata-se de um ensaio teórico-reflexivo que visa contribuir com novos conhecimentos sobre a COVID-19. E, sobretudo suscitar novos questionamentos, a partir dos pressupostos do pensamento da complexidade de Edgar Morin, subsidiado por leituras de textos extraídos em bases de dados eletrônicas. O pensamento de Morin tem influenciado os mais diversos campos do conhecimento. A partir de crítica à ciência clássica, caracterizada pelo determinismo e a linearidade dos fenômenos, ele aponta novos caminhos e possibilidades à humanidade, principalmente em tempos de incertezas e caos.

Na composição deste ensaio, busca-se retratar as conexões entre uma visão tradicional da ciência e o entendimento da complexidade do real – pandemia em curso, que não afasta a clareza, a ordem e o determinismo, mas considera que os mesmos são insuficientes para a compreensão do cuidado de Enfermagem em sua multidimensionalidade. A complexidade se encontra no âmago da relação entre o simples e o complexo, dado seu caráter simultaneamente antagônico e complementar. O pensamento complexo incorpora a incerteza e é capaz de conceber a organização, de contextualizar e globalizar, mas pode, ao mesmo tempo, reconhecer o que é singular e concreto⁽⁵⁾.

Essas incertezas sinalizadas, pelo pensamento complexo de Morin, podem relacionar-se as incertezas atreladas aos novos momentos impostos pelo COVID-19 e à complexidade dos cuidados, que devem ser desenvolvidos com singularidade e efetividade. Toda essa barbárie ficou ainda mais evidente quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) revelou estado de emergência em saúde pública de relevância internacional⁽⁸⁻⁹⁾.

A motivação para a construção deste estudo teve origem em relatos expressos em ferramentas de comunicação de domínio público, tais como os jornais falados e escritos, rádios, artigos

e outros. As variadas expressões de profissionais de Enfermagem mobilizam reflexões, indagações e o desejo de contribuir, de alguma forma, para o avanço da ciência. Para exemplificar tais instigações, a seguir relata-se enunciados de Enfermeiros (P1, P2, P3, P4), selecionados aleatoriamente, os quais servirão de fonte de inspiração para a discussão teórico-reflexiva sobre o cuidar/cuidado de Enfermagem, na perspectiva do pensamento da complexidade.

“Falta de equipamentos de proteção individual, sobrecarga pelo número reduzido de profissionais, estresse, mortes, incertezas e o medo do que ainda pode vir... um caos diário. Mas somos Enfermagem, somos os profissionais do cuidado. Este vírus nos faz lembrar que a minha existência está interligada à existência do outro e que neste momento não existem fronteiras profissionais, mas profissionais do cuidado” (P1).

“A crise respiratória evolui em duas ou quatro horas. Embora de forma mais leve, eu estou fazendo essa experiência na prática. Eu vi, morreu em minhas mãos, gente que estava bem, pessoas de 60 anos. Aqui está tudo parado, um caos. É um caos para todo o mundo. Aqui não tem mais leitos de hospitais e estão mandando pacientes para outros países” (P2).

“Quando você vê na televisão, quando você lê as notícias na internet, não é a mesma coisa... eu vejo que esses

pacientes não melhoram. De todos esses pacientes que a gente entubou, a gente não conseguiu tirar ninguém da intubação ainda. Isso é difícil, porque você não vê o paciente evoluir de uma forma positiva... E eu fico mais preocupada porque acho que ainda vai piorar muito antes de começar a melhorar” (P3).

“Estamos com medo da doença, da falta de possibilidade de acesso ao tratamento para todos, da falta de respiradores, de ter que optar entre quem deve continuar vivendo. Temos medo da perda de entes queridos... que o medo aumente a nossa empatia e nos deixe menos juízes e mais cuidadosos. Que o medo nos ajude a entender o verdadeiro sentido do cuidado” (P4).

Esses depoimentos desvelam o sofrimento, a angústia, a frustração e a vulnerabilidade emocional dos profissionais de Enfermagem. Nesse período, os familiares, amigos e pessoas conhecidas foram postas em isolamento social, limitando o convívio na vida profissional, social e familiar. No entanto, os profissionais de Enfermagem além do isolamento social e familiar, ainda tiveram que seguir normas rígidas a fim de reduzir o alastramento do vírus, e nestas se encaixam, o apender a não abraçar o filho, os pais, os parceiros dentro da própria casa. Além de estarem mais expostos ao vírus, ainda foram mais reprimidos do convívio social e familiar.

O DIFERENCIAL DA ENFERMAGEM EM TEMPOS DE PANDEMIA

A campanha *Nursing Now* e a pandemia causada pela COVID-19: o que esta combinação, aparentemente antagônica de fenômenos, tem a dizer para o mundo e a própria Enfermagem? Os profissionais de Enfermagem são reconhecidos, mundialmente, como os profissionais do cuidado, os profissionais da linha de frente em qualquer situação, mas em épocas de pandemia são, geralmente, os primeiros a terem contato com os pacientes que apresentam sinais e sintomas. A COVID-19 veio para reiterar que essa guerra biológica da pandemia não se combate com armas nucleares ou de fogo, mas pelo cuidado em suas múltiplas dimensões: física, emocional, espiritual, familiar e social, ou seja, por meio do cuidado integral e integrador. Uma vez que tais dimensões são complementares e, por isso, precisam ser compreendidas nas suas inter-relações.

No depoimento: *“Estamos com medo... que o medo nos ajude a entender o verdadeiro sentido do cuidado,”* ficou evidente que o profissional de Enfermagem também é um ser humano como qualquer outro. Um profissional que sente medo, que vibra com a melhora do paciente, que sonha com melhores condições de saúde, mas que, neste tempo de pandemia, frequentemente, se angústia e teme as incertezas do porvir. Se por um lado os depoimentos carregam um sentimento de impotência e frustração, expressando à vulnerabilidade do profissional de Enfermagem diante das adversidades, para as quais não se tem respostas, por outro lado evidenciam a visão tradicional e determinista do cuidar/cuidado, enquanto reflexo de um saber cartesiano que precisa encontrar respostas favoráveis para todas as situações^(7,10).

Reconhece-se, que a ciência clássica dissolveu a complexidade dos fenômenos, para revelar a simplicidade oculta das leis da natureza. Esse comportamento se justificava pelo fato de

que a melhor hipótese era a mais simples ou a que apelava para um menor número de entidades explicativas ⁽⁵⁾. No entanto, demonstra-se, hoje, que a ciência tem necessidades não apenas de um conhecimento apto a considerar a complexidade do real, mas de transformar esse conhecimento da complexidade em pensamento sistêmico, conforme descrito por dois depoentes: *“Este vírus nos faz lembrar que a minha existência está interligada à existência do outro e que, neste momento, não existem fronteiras profissionais, mas profissionais do cuidado”*; *“que o medo aumente a nossa empatia e nos deixe menos juízes e mais cuidadosos”*.

Mas, e o que mesmo entendemos por cuidar/cuidado de Enfermagem? O que mesmo distingue o cuidado de Enfermagem de qualquer outro cuidado? A partir de uma análise ampliada e sistêmica, o cuidado de Enfermagem pode/deve ser definido como um fenômeno complexo, sistematizado por meio das múltiplas relações, interações e associações, com vistas a promover e recuperar a saúde do ser humano em sua forma integral e articulada com tudo que o cerca⁽⁶⁾.

Enfatiza-se o cuidado profissional da Enfermagem, que embora dinâmico e sistêmico, frequentemente não encontra respostas para a modificação do curso dos fatos e dos domínios da vida. Isso porque viver é imprevisível e toda a noção do equilíbrio em movimento está na lógica da vida ⁽⁷⁾. Portanto, em período de reclusão social, a sociedade em geral sente e sofre as consequências ocasionadas pela carência das relações e interações sociais. Com mais veemência, compreende-se o real significado do (des)cuidado, ou seja, cuidar de uma criança escolar em casa, de como proceder preventivamente no cuidado aos idosos, de como cuidar de etiquetas sociais fundamentais e outros. Destaca-se, nessa direção, uma atenção maior ao cuidado biológico, por exemplo, a higiene das mãos, precauções de contato, práticas de cuidado com isolamento infecto contagioso, são cuidados essenciais para os profissionais de

Enfermagem. No entanto, não se trata de um cuidado qualquer, pois esse passa a transcender ao saber profissional e alastra-se ao saber cotidiano das pessoas em geral que com esta pandemia, também passam a praticá-lo intensamente.

O profissional de Enfermagem tem, comumente, a necessidade de encontrar e dar respostas aos diferentes questionamentos ou situações do cotidiano, atitude que lhe é esperada também pela sociedade, que dificilmente se sente provocada a novas indagações. Na medida em que o profissional de Enfermagem não encontra as respostas em si ou no outro, por vezes, se frustra, isola, deprime e se considera incompetente para a função, pois foi formado para salvar vidas. Tais reações ficam evidentes na medida em que os profissionais percebem que os pacientes não evoluem no tratamento, conforme expresso: *“De todos esses pacientes que a gente entubou, a gente não conseguiu tirar ninguém da intubação ainda. Isso é difícil porque você não vê o paciente evoluir de uma forma positiva...”*.

A realidade social está em constante evolução, mas não necessariamente na dimensão humana. Promovem-se, facilmente, conexões com os distantes, mas encontram-se dificuldades para promover conexões saudáveis com os mais próximos. Logo, advêm os questionamentos: o que mesmo diferencia e distingue o cuidado de Enfermagem de qualquer outro cuidado não profissional? Que competências e habilidades são necessárias para promover o cuidado de Enfermagem em tempos de incerteza e caos? Que atitudes necessitam ser desenvolvidas para manter a integração dinâmica e não “naufragar” entre as possíveis correntezas da travessia? Como salvar vidas e promover a saúde em tempos de pandemia, quando não se tem ainda um tratamento efetivo e nem mesmo clareza e segurança em relação ao dia de amanhã? Enfim, por que necessitamos de certezas absolutas ou receitas prontas de cuidado, sabendo que a criatividade emerge das possibilidades interativas e de situações aparentemente adversas e contraditórias?

É POSSÍVEL PENSAR EM UMA NOVA ORDEM FACE À DESORDEM?

A capacidade humana para imaginar o pior não tem limites. Sabemos que o tema catástrofe não é novo. É, aliás, tão antigo quanto o medo. A pandemia não é tratada como invenção, mas como algo que acontece em longos intervalos de tempo. Da mesma forma, a catástrofe vivida em todos os tempos, se revela, ora pela ação do fogo, ora pela ação da água. Esses fenômenos servem para que a terra e a humanidade possam se (re)organizar e aprender que no caos podem surgir as melhores possibilidades de transformação. A ordem apresenta-se entrelaçada, simultaneamente, à desordem e ao caos ⁽⁵⁾. No entanto, como visualizar uma nova ordem em meio às incertezas, às desordens e ao caos provocados pela COVID-19?

A expressão “*estamos todos com medo*”, dentre tantas outras manifestações, mobiliza a uma série de indagações, que não se limitam aos profissionais de Enfermagem. De que ou qual medo está se falando? Medo de contrair a doença? Medo de morrer? Medo de perder algum ente querido? Medo de não ter acesso a um ventilador mecânico? Medo de optar entre quem deve morrer? Medo da solidão? Medo do desemprego? Medo de redução da renda? Medo do colapso da economia? Medo, simplesmente medo, mas do que e de quem?

O medo é um constitutivo emocional do ser humano, ou seja, é uma emoção essencialmente subjetiva. Mesmo que envolva o coletivo, parte do pressuposto de que é um sentimento individual ou, mais apropriadamente, intersubjetivo. O medo é, portanto, uma emoção recorrente, cotidiana e implica na percepção de tudo o que de fato acontece, sendo apreendida em fenômenos concretos. O medo, em seu caráter afirmativo, mobiliza novos modos de ser e agir e move o ser humano em busca de si e do outro. Sendo assim, o medo se estabelece na

interação, sendo produto da relação entre os indivíduos, entre a cultura e a sociedade⁽¹²⁾.

Observa-se que o medo, relacionado ao risco de contágio da COVID-19, fez com que os profissionais seguissem rigorosas condutas de cuidados pessoais no cenário familiar. Surge o receio de transmitir o vírus para familiares. Assim, a rotina familiar foi modificada de maneira drástica, potencializando ainda mais o sentimento de medo. Além disto, o momento de pausa do isolamento familiar era substituído pela rotina de trabalho hospitalar, local em que seus conflitos, medos e sofrimentos se entrelaçavam com o cuidado profissional de ser e fazer Enfermagem.

O ser humano não tece a teia da vida, é antes um de seus fios – unidade complexa. O que quer que faça a essa teia, faz a si próprio ⁽⁷⁾. Logo, o ser humano está contínua e integralmente conectado aos eventos que se desdobram a partir de acontecimentos inesperados, por exemplo, a pandemia da COVID-19. E esses, por sua vez, se desdobram em emoções de maior ou menor densidade. Entre elas, a emoção associada ao medo é uma das mais recorrentes, conforme evidenciado nos depoimentos “*estamos todos com medo!*”. Dessa forma, frente a tanta turbulência emocional vivenciada pela equipe de Enfermagem, é imprescindível que seja disponibilizado um serviço que ofereça suporte psicológico, a fim de minimizar a sobrecarga emocional, bem como a redução da ansiedade ocasionada pelo medo de se contaminar⁽¹³⁾.

O pensamento da complexidade visa, entre outros objetivos, o questionamento da oposição entre os fatos e a natureza, além da reflexão acerca do sentido, dos valores e das verdades concernentes à ciência. Para o autor, a própria ciência forjou, durante muito tempo, homogeneidades simplificadoras. Os objetos foram, com frequência, separados do seu contexto e do contexto dos observadores e, assim, as disciplinas foram fragmentadas, inviabilizando o diálogo entre as ciências. Essas

reduções unificaram, quantificaram e desprezaram o que era múltiplo e, mesmo reconhecendo que foi isso que permitiu avanços no conhecimento, por exemplo, do átomo e da molécula. Deve-se também reconhecer a desconsideração do acaso e da contingência na pandemia em curso⁽⁵⁻⁷⁾.

Por outro lado, o pensamento da complexidade induz à ampliação do saber, do conectar, do interligar e compreender a parte no todo, assim como o todo em cada parte e, dessa forma, encontrar novos caminhos em meio ao incerto, ao complexo e ao caos. *“Temos medo da perda... que o medo aumente a nossa empatia e nos deixe menos juizes e mais cuidadosos. Que o medo nos ajude a entender o verdadeiro sentido do cuidado”*. Em meio à desordem e ao caos sempre emergem novas oportunidades. Conceber o caos, sob esse enfoque, não significa plasmar a crise no lamento de oportunidades perdidas, mas, antes, potencializá-las na liberdade da imaginação e das alternativas.

Perceber e acolher reações de medo, inerentes ou resultantes de situações de risco, e compreendê-las no contexto ao qual seu agente foi exposto, é garantir uma melhor adequação à nova realidade e possibilitar uma sociedade mais resiliente e mais consciente de sua responsabilidade na construção de uma nova organização social. É justamente quando grandes fenômenos, tais como as pandemias - que abalam determinadas populações, em que tudo parece estar perdido - que surge a incrível capacidade das pessoas de se reorganizar e enfrentar as vicissitudes, resultando em verdadeiras lições de vida. Assim, que lições a Enfermagem têm a aprender e a ensinar à sociedade global em tempos de pandemia causada pelo coronavírus/Covid-19? O que celebrar e comemorar na campanha *Nursing Now* de 2020, em homenagem aos profissionais de Enfermagem?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise teórico-reflexiva, sobre o que a Enfermagem tem a aprender e a ensinar à sociedade global em tempos de pandemia causada pelo coronavírus/COVID-19, na perspectiva do pensamento da complexidade, não buscou dar respostas prontas. Mas tentou (re)pensar o pensamento por meio de novos questionamentos.

A Enfermagem contemporânea muito tem aprendido e também ensinado na sociedade global, por meio de seu principal artifício de trabalho, o qual, carinhosamente, chamamos de cuidado. Que proporciona a ampliação das interações, associações sistêmicas e à capacidade de fortalecer a interlocução com a realidade complexa, em especial em tempos de pandemia, cujo vilão é o coronavírus/COVID-19. É preciso, gradativamente, superar o paradigma da simplificação e considerar a complexidade como indutora de novas possibilidades e oportunidades de (re)organização da Enfermagem como ciência e a profissão em destaque no momento, neste ano dedicado ao *Nursing Now*.

O pensamento da complexidade, iluminador do cuidado multidimensional de Enfermagem, transcende a soberania da ordem instituída e concebe a relação dialógica entre a ordem, a desordem e a organização. Sob esse enfoque, o profissional de Enfermagem assume além de protagonista, um papel mediador e interlocutor do cuidado, o que implica em considerar as singularidades e as multidimensionalidades humanas. Para o alcance desse processo interativo e associativo, é preciso transcender o paradigma da simplificação, caracterizado por princípios de disjunção, de redução e de fragmentação e, gradativamente, considerar a complexidade do ser e fazer Enfermagem.

Os profissionais de saúde, na medida do possível, tentam ludibriar o medo, alavancando a coragem para seguir em frente. A altivez da alma é mais ousada que o biológico, pois em alguns acontecimentos, ficamos nos perguntando como

conseguimos vencer tal acontecido. Quiçá, com o passar dos meses, os profissionais da equipe de Enfermagem percebam a visibilidade trazida no ano da campanha dedicado a *Nursing Now*. Essa (in)visibilidade, que como tudo na Enfermagem é sofrida e pouco valorizado, vem tácita por meio desta pandemia do COVID-19. No entanto, uma certeza pode-se ter: a Enfermagem nunca mais será a mesma, os cuidados serão vistos de outra forma e cada vez que palmas soarem, em algo festivo, virá à mente da sociedade as merecidas palmas que foram destinadas para homenagear os profissionais de saúde, mais especificamente a Enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Li R, Pei S, Chen B, Song Y, Zhang T, Yang W, et al. Substantial undocumented infection facilitates the rapid dissemination of novel coronavirus (SARS-CoV2). *Science* 2020 [cited 28 Mar 2020]; First release: 16 March 2020. doi: 10.1126/science.abb3221.
2. Stoecklin SB, Rolland P, Silue Y, Mailles A, Campese C, Simondon A. First cases of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in France: surveillance, investigations and control measures, January 2020. *Euro Surveill.* 2020 [cited 28 Mar 2020];25(6):pii=2000094. Disponível em: <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.6.2000094>.
3. Cui J, Li F, Shi ZL. Origin and evolution of pathogenic coronaviruses. *Nat Rev Microbiol* 2019; 17: 181-92. doi: 10.1038/s41579-018-0118-9
4. Belasco AGS, Fonseca CD. Coronavírus 2020. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(2):e2020n2. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020730201>
5. Morin E. A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2014.
6. Rosenbaum L. Facing COVID-19 in Italy — Ethics, Logistics, and Therapeutics on the Epidemic's Front Line. *N Engl J Med* 2020 [cited 28 Mar 2020]; published on March 18, 2020. doi: 10.1056/NEJMp2005492
7. Morin E. Introdução ao pensamento complexo / Edgar Morin; tradução Eliane Lisboa. 5.ed. – Porto Alegre: Sulina; 2015.

8. Huang C, Wang Y, Li X, et al. Características clínicas de pacientes infectados com o novo coronavírus de 2019 em Wuhan, China. *Lancet*. 2020; 395 : 497-506. 10.1016 / S0140-6736 (20) 30183-5
9. Fiorillo, A, Gorwood P. As consequências da pandemia de COVID-19 na saúde mental e implicações para a prática clínica. *European Psychiatry*, 2020; 63, 1-4. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.35>
10. Backes DS, Zamberlan C, Siqueira, HCH de, Backes MTS, Sousa FGM; Lomba MLLF. Educação de qualidade na enfermagem: fenômeno complexo e multidimensional. *Texto contexto enferm*. [Internet]. 2018 [cited 2020 Mar 30]; 27(3): e4580016. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000300313&lng=en. Epub Aug 06, 2018. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180004580016>
11. Backes DS, Zamberlan C, Colomé J, Souza MT, Marchiori MT, Lorenzini EA, et al . Interatividade sistêmica entre os conceitos interdependentes de cuidado de enfermagem. *Aquichan* [Internet]. 2016 Jan [cited 2020 Mar 30];16(1):24-31. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972016000100004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2016.16.1.4>.
12. Heidegger M. *Ser e Tempo*. Petrópolis: Editora Vozes; 2009.
13. Portugal JKA. et al. Percepção do impacto emocional da equipe de enfermagem diante da pandemia de COVID-19: relato de experiência. *REAS* [Internet]. 21maio2020 [citado 21jun. 2020]; (46): e3794. Acesso em: <https://www.acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3794>.

ENSINO E APRENDIZAGEM REMOTA EM PERÍODO DE PANDEMIA

Cristina Saling Krueh

Dirce Stein Backes

Josiane Lieberknecht Wathier Abaid

Leris Salete Bonfanti Haeffner

Nadiesca Taisa Filippin

INTRODUÇÃO

A educação é, por si só, um fenômeno complexo e multi-dimensional, impossível de ser apreendida apenas pelo reconhecimento de variáveis quantitativas ou percursos lineares⁽¹⁻²⁾. Necessita-se, hoje, mais que em outros tempos, desenvolver competências associativas e sistêmicas que permitem a interação com o mundo global, dinâmico e mutável, sem precedentes. Para tanto, é preciso substituir um pensamento que reduz e fragmenta por um pensamento que distingue, integra e amplia, isto é, por um pensamento complexo, dinâmico e evolutivo⁽³⁻⁸⁾.

Admite-se, que o ensinar e o aprender se reduzem, frequentemente, a uma ação pontual, linear e fragmentada, ou seja, a uma ação verticalizada e determinística entre sujeito e objeto. Concebe-se que a ciência clássica dissolveu a complexidade dos fenômenos para revelar a simplicidade oculta das leis da natureza. Esse comportamento se justificava, em parte, pelo fato de que a melhor hipótese era a mais simples ou a que apelava para um menor número de entidades explicativas. O autor do pensamento da complexidade chama atenção para o fato de que a ciência tem necessidades não apenas de um conhecimento apto a

considerar a complexidade do real, mas de transformar este conhecimento da complexidade em pensamento sistêmico⁽⁹⁻¹⁰⁾.

O termo complexo, normalmente, evoca diversas expressões, como o cuidado é complexo, a educação, a situação e a busca de soluções rápidas e eficientes são tarefas complexas. Algo é complexo, outrossim, quando no mínimo envolve mais de uma circunstância e/ou possibilidade interativa, ou seja, possui uma infinidade de interações, associações e interfaces estabelecidas entre um grande número de unidades, expressas pelas várias dimensões de cuidado e saúde⁽¹¹⁻¹⁶⁾.

Essa discussão ganha significado, em especial, no momento de pandemia da Covid-19, na qual a reinvenção docente teve que ocorrer em uma fração de segundos. Enquanto os governos e as autoridades de saúde estavam fazendo o (im)possível para desacelerar o surto, os sistemas educacionais globais empreendiam energias para responder aos desafios da educação, que necessitava gestar novas formas de pensar e agir. Da mesma forma, estudantes, pais e educadores sentiam o extraordinário efeito cascata do novo coronavírus, à medida que as escolas e universidades foram fechadas e os métodos de quarentena, ordenados para lidar de forma remota⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Essa, talvez, seja a desordem necessária para a (re)organização do sistema educacional, premeditada pelo autor do pensamento da complexidade há décadas. Diante das mudanças profundas que vêm ocorrendo em escala mundial, entre elas o avanço da tecnologia de informação, a globalização econômica e o fim da polarização ideológica entre capitalismo e comunismo nas relações internacionais, o autor percebe que a maior urgência no campo das ideias não é rever doutrinas e métodos, mas elaborar uma nova concepção do próprio conhecimento. No lugar da especialização, da simplificação e da fragmentação de saberes, Morin propôs o conceito de complexidade⁽³⁻⁷⁾.

Emergem, a partir do exposto, os seguintes questionamentos: é possível repensar a prática docente e se reconectar

com o que realmente faz sentido no processo de ensino-aprendizagem? De que forma essa crise perturbadora pode impulsionar os educadores a (re)definirem o percurso formativo das novas gerações? Ao apreender a complexidade do ser docente nas diferentes situações mas, em especial, em tempo de pandemia, o qual forçou o avanço no domínio de novas tecnologias de ensino e aprendizagem, é que se objetiva, com este estudo, apresentar um ensaio teórico que visa ampliar concepções sobre a prática docente remota, em um período de pandemia, na perspectiva do pensamento da complexidade.

MÉTODO

Trata-se de um ensaio teórico, de caráter reflexivo, que objetiva contribuir para a ampliação de saberes e práticas em tempos de pandemia da Covid-19, à luz do pensamento da complexidade. Tal propósito busca transcender a concepção pontual, linear e previsível do ser docente e possibilitar o repensar do processo formativo, a partir de novas tecnologias de ensino e aprendizagem.

A motivação para a construção deste estudo, portanto, teve origem em relatos, expressos em diferentes espaços e ferramentas de interlocução docente - discente durante a pandemia, tais como reuniões pedagógicas, aulas e orientações virtuais, dentre outros campos de observação. Em meio as mais variadas discussões, frequentemente, eram comuns relatos, provindos de docentes e estudantes, os quais possibilitaram reflexões e novas indagações.

Para exemplificar tais instigações relatam-se, a seguir, quatro depoimentos de docentes (D1, D2, D3, D4 e D5) e um depoimento de aluno (A1) de um Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da região central do Estado do Rio Grande do Sul. Os mesmos servirão, apenas, de fonte de inspiração para a discussão reflexiva do ser docente em períodos de pandemia.

Por vezes os sentimentos se confundem. Neste tempo de pandemia a rotina do dia a dia mudou em todos os sentidos. Tive que me reinventar em poucas horas e dominar ferramentas tecnológicas, antes inimagináveis. Lidar com a insegurança e as incertezas pessoais e dos alunos, foi e está sendo um grande desafio, mas uma oportunidade de reinvenção. Sairemos desta pandemia mais fortes e com o desejo de não voltar à normalidade de antes (D1).

Essa experiência remota que a gente está tendo neste tempo de pandemia é completamente diferente da experiência EAD. É uma experiência única que nos desafia e desconforta, mas nos permite avançar em uma nova compreensão de mundo, de significados e valores. A singularidade de cada aluno precisa ser entendida e acolhida (D2).

Conciliar as aulas remotas com o cuidado à casa e aos filhos tem sido um grande desafio para mim. A primeira palavra que me vem à mente é flexibilidade. Eu precisei ser flexível com os estudantes e com os meus filhos e eles também foram flexíveis comigo. Assim estamos aprendendo, juntos, a nos relacionarmos de novas formas em meio à crise (D3).

A mudança brusca do processo de ensino aprendizagem do modo presencial para o remoto foi desafiadora. Os primeiros dias foram de adaptação para os docentes e discentes e também de muito estudo e colaboração entre os professores, pois apesar de já utilizarem o ambiente virtual para algumas tarefas, passar a conduzir na totalidade o processo de aprendizagem por este ambiente exigiu uma transformação de conceitos e atitudes. Manter o vínculo semanal e conversar muito com os estudantes a respeito da pandemia e das modificações que ela trouxe os acalmou, mas ainda sentimos (docentes e discentes) falta dos nossos encontros presenciais para podermos nos olhares nos olhos, porque nada substitui a energia dessa interação (D4).

O principal desafio foi conciliar as atividades domésticas, como cozinhar, lavar e organizar, com as atividades de cuidado e ensino com a filha. Esse tempo de sobrecarga se sobrepôs às atividades de ensino, orientações, supervisões, reuniões de docentes e de pesquisa, além do estresse perante o contexto ameaçador da doença. Os estudantes foram bastante pacientes em sua maioria e os professores tiveram que realmente se reinventar no modo de trabalhar (D5).

Os professores se reinventaram em tempo recorde e desde o início fomos bem assistidos por todos os docentes e isso trouxe um sentimento de segurança que se efetivou com as aulas remotas e conteúdos que foram além da grade curricular. Nas aulas remotas os professores mantiveram seus olhares personalizados e atentos às necessidades individuais e do grupo. Provavelmente essa humanização na interação virtual que os professores trouxeram para as aulas remotas fez diferença no aprendizado, com o bônus de estar no conforto da minha casa junto aos meus filhos (A1).

RESULTADOS

Há algum tempo, educadores em âmbito nacional e internacional têm evidenciado à necessidade de repensar o ensino e aprendizagem, ao considerarem que os métodos tradicionais foram submetidos a um processo reducionista que acarretou a perda das noções de multiplicidade e diversidade. Os mesmos sustentam que, para além do conteúdo, é preciso mobilizar habilidades, conhecimentos e atitudes para enfrentar situações para as quais não se tem receitas prontas^(3,19-20).

Sob esse enfoque, a pandemia, provocada pelo novo coronavírus, pode ser apenas a interrupção necessária de um ciclo educativo, para repensar a forma como se educa e a questionar o que precisa ser ensinado e para o que se está preparando os estudantes. Assim, à luz de depoimentos expressos e do referencial da complexidade proposto, a presente reflexão será tecida a partir de três categorias de análise, quais sejam: Da ação

isolada à interconectividade; Da ordem à necessária desordem docente; Da percepção linear e pontual às habilidades educativas prospectivas.

DA AÇÃO ISOLADA À INTERCONECTIVIDADE

O fenômeno Covid-19 ilustra, de forma convincente, a emergente e necessária interconectividade global. Partindo de uma lógica sistêmico-global, não existem mais questões isoladas ou respostas hegemônicas que consigam ser contrapostas de forma simples e unilateral. Enquanto a ciência clássica dissolveu a complexidade dos fenômenos para revelar a simplicidade oculta das leis da natureza, a ciência pós-pandemia tem necessidades não apenas de um conhecimento apto a considerar a complexidade do real, mas de transformar este conhecimento da complexidade em pensamento sistêmico^(10-14,21).

Nessa perspectiva, é possível reforçar que o mundo pós-pandemia demandará uma nova escola e um novo processo educacional. Para além dos conteúdos e as habilidades técnicas, os profissionais precisam estar aptos a fazerem novas perguntas e a resolverem problemas altamente complexos, para os quais não encontram protocolos prontos. Os profissionais de sucesso, na saúde, educação e em outros setores, precisam ser capazes de entender a interconectividade, a transcender fronteiras pessoais, limites geográficos, ideológicos e políticos e, principalmente, a trabalharem de forma sistêmica e colaborativa, em âmbito global.

Os depoimentos aqui inseridos, demonstram, de certa forma, a percepção quanto ao despreparo para o lidar diante do inesperado da pandemia. Se por um lado, as expressões carregam um sentimento de impotência e expressam a vulnerabilidade do profissional diante das adversidades, para as quais não se tem respostas prontas, por outro lado, evidencia a concepção linear, pontual e reducionista do processo educativo, enquanto

reflexo de um saber tradicional e cartesiano centrado no conteúdo acadêmico, o qual necessita ser transposto por meio do trabalho colaborativo⁽²²⁻²³⁾.

Poder-se-ia, de imediato, tecer os seguintes questionamentos: por que necessitamos, impreterivelmente, encontrar respostas para os diferentes questionamentos e/ou situações do dia a dia, se compreendemos que o ser humano é um ser inacabado, uma unidade complexa para o qual necessitamos respostas igualmente complexas? Por que nos sentimos impotentes, incapazes ou inseguros diante de situações adversas, a exemplo da pandemia, mesmo sabendo que o mundo vivo é dinâmico, mutável e (auto)reorganizador? Enfim, por que necessitamos de certezas absolutas ou receitas prontas no ensino e aprendizagem, sabendo que a criatividade emerge das possibilidades interativas e de situações aparentemente adversas e contraditórias?

Ressalta-se a importância de um pensamento que compreenda que tanto o conhecimento do todo depende do conhecimento das partes, quanto o conhecimento das partes depende do conhecimento do todo. Assim, é preciso substituir um pensamento que isola e separa por um pensamento que distingue e une, entendendo que é preciso substituir o pensamento disjuntivo e redutor por um pensamento do complexo, no sentido originário do termo *complexus*: o que é tecido junto^(4;16).

DA ORDEM À NECESSÁRIA DESORDEM DOCENTE

A noção de ordem docente como o detentor do conhecimento, que transmite sabedoria aos seus alunos e que tem o domínio de classe, não é mais adequada aos objetivos de uma educação do século XXI. Com os estudantes sendo capazes de obter acesso amplo e rápido à informação e até aprender uma habilidade técnica, a partir de alguns cliques em seus telefones, tablets e computadores, torna-se determinante que os

docentes se transformem em mediadores de novas abordagens educativas.

A pandemia da Covid-19 desafiou as instituições educacionais, em todo o mundo, a utilizarem, repentinamente, o conjunto de ferramentas tecnológicas para conduzirem o ensino e aprendizagem dos estudantes de forma remota. Educadores, em âmbito global, estão experimentando novas possibilidades e desenvolvendo as atividades com maior agilidade e flexibilidade⁽²³⁻²⁵⁾. Esses são novos modos de reinvenção que antes eram amplamente inexplorados ou relegados, pelos docentes, a um segundo plano.

À luz do pensamento da complexidade, ordem e desordem convivem simultânea e complementarmente nos diferentes sistemas. O que diferencia o todo da soma das partes é o que Morin denomina de comportamento emergente. Nos seres humanos, a dinâmica entre ordem e desordem se subordina à ideia de auto-eco-organização. Assim, para recuperar a complexidade e a coexistência entre ordem e desordem, Morin recomenda um pensamento crítico sobre o próprio pensar e seus métodos, o que implica sempre voltar ao começo. Não se trata de círculo vicioso, mas de um procedimento em espiral, que amplia o conhecimento a cada retorno e, assim, se coaduna com o fato de o homem ser sempre incompleto - o aprendizado é para toda a vida⁽⁴⁻⁹⁾.

É fundamental, nesse processo prospectivo, que o docente se perceba em movimento (re)organizador, isto é, aberto e flexível para as necessárias mudanças. As expressões docentes: *tive que me reinventar em poucas horas* (D1); é uma experiência única que nos desconforta, mas nos permite avançar em uma nova compreensão de mundo, de significados e valores (D2); *Eu precisei ser flexível com os estudantes e com os meus filhos e eles também foram flexíveis comigo*(D3), demonstram a desordem docente provocada pela educação remota, em tempos de pandemia. Por outro lado, revelam a dinâmica evolutiva e

a capacidade intrínseca de reinvenção humana e profissional, diante de fenômenos externos.

A prática docente, dinamizada pela diversidade de sujeitos e objetos em busca de conexões, fazem da sala de aula, por si só, um fenômeno complexo, ideal para iniciar a reforma do pensamento. Convencido de que tudo se liga a tudo e de que é urgente aprender a aprender, Morin defende uma nova postura docente diante da realidade, necessária para uma prática pedagógica transformadora. Considera, para tanto, as perturbações, as incertezas e as contradições como parte da vida e da condição humana e, ao mesmo tempo, sugere a solidariedade e a ética como caminho para a religação dos seres e dos saberes globais^(3,21).

DA PERCEPÇÃO LINEAR E PONTUAL ÀS HABILIDADES EDUCATIVAS PROSPECTIVAS

Em um ambiente global e em constante mudança, os estudantes requerem resiliência, flexibilidade e adaptabilidade para se conectar e lidar com as adversidades imprevisíveis do mundo vivo, em constante evolução. Para além dos conteúdos e das receitas prontas, os profissionais necessitarão, crescentemente, de habilidades como a criatividade, a comunicação e a colaboração, além da empatia e da inteligência emocional para lidar com as incertezas do porvir, sobretudo, em se tratando de pandemias.

É preciso hoje e no futuro, muito mais que em tempos passados, que os profissionais tenham a curiosidade e a capacidade de reinvenção e de rápida conexão com os diferentes atores e setores em busca de desfechos estratégicos. Para além das respostas prontas, é preciso que o profissional esteja preparado para fazer perguntas complexas e a buscar soluções colegiadas. O ser humano é, por excelência, uma unidade complexa. Compreendê-lo exige, além de reflexão e apreensão

de lições de vida, apostar em suas potencialidades e acreditar na auto-reorganização ao longo da vida.

Para Morin, os sistemas educacionais avançaram por redes, telefonias, internet e outras ferramentas digitais, mas não evoluíram na compreensão humana e planetária – umas das principais finalidades da educação, já que a informação pode ser facilmente acessada por estes meios. O autor reconhece que o problema da compreensão humana vai além da explicação e da reprodução de conceitos e teorias validadas. O desenvolvimento da compreensão suscita a reforma das mentalidades. Esta deve ser a obra para a educação do futuro. Compreender inclui, nessa lógica, um processo de identificação, de empatia e de projeção, além de pertencimento, como parte, no todo e para o todo em movimento⁽³⁻⁷⁾.

Os sete saberes necessários à educação que, na percepção de Morin, retratam os sete buracos negros da educação, os quais foram ignorados, subestimados ou fragmentados nos sistemas educativos, requerem, hoje, uma releitura atualizada à luz dos sinais e sintomas decorrentes da pandemia⁽⁵⁻⁸⁾. Logo, seremos capazes de civilizar o ser humano e possibilitar com que a terra seja uma verdadeira pátria? Para Morin, não é preciso destruir disciplinas e dissolver programas, mas é preciso integrá-los e articulá-los em uma concepção sistêmica e transdisciplinar. Para além das teorias e conteúdos programáticos, é preciso que se ensine sobre como compreender-nos uns aos outros, como compreender nossos vizinhos, parentes, estranhos e como lidar com a diversidade de fenômenos inerentes à condição humana.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente ensaio teórico direciona-se à necessidade de adotar novos modelos de pensamento relacionados ao ensino e a aprendizagem, capazes de comportar os processos adversos e contraditórios no dia a dia do ser e fazer docente. Defende-se

à necessidade de superar a lógica linear, pontual, previsível e focada na transmissão de conteúdos programáticos. Defende-se, portanto, que para além do conteúdo remoto é preciso mobilizar habilidades, conhecimentos e atitudes para compreender a condição humana e enfrentar situações complexas, para as quais não se tem protocolos prontos. E esse é um grande desafio tanto para os docentes quanto para os estudantes, pois subverte as dinâmicas de ensino e aprendizagem predominantes.

A pandemia provocada pela Covid-19 deixa a lição, em suma, de que ser docente em um futuro incerto e desconhecido, implica em repensar e reordenar o próprio pensamento e assumir que não se sabe tudo e que aprendemos ao longo da vida. Ensina-nos, também, que é preciso rever estruturas e modelos de organização e gestão e que, acima de tudo, é preciso auscultar de forma singular e multidimensional cada estudante, orientando, familiar, colaborador, enfim, a vida em curso.

REFERÊNCIAS

1. Backes DS, Zamberlan C, Colomé J, Souza MT, Marchiori MT, Lorenzini EA, et al. Systemic Interactivity between Interdependent Concepts of Nursing Care. *Aquichán*. 2016 Dec 31;16(1):24-31. doi: <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2016.16.1.4>.
2. Backes DS, Zamberlan C, Siqueira HCH de, Backes MTS, Sousa FGM de, Lomba MLLF. Educação de qualidade na enfermagem: fenômeno complexo e multidimensional. *Texto contexto - enferm*. 2018;27(3):e4580016. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180004580016>.
3. Morin E. *Introdução ao pensamento complexo*. 5.ed. Porto Alegre (RS): Sulina; 2015.
4. Morin E. *Sete saberes necessários a educação do futuro*. Rio de Janeiro (RJ): Cortês; 2016.
5. Morin E. *A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*. Rio de Janeiro (RJ): Bertrand Brasil; 2014.
6. Morin E. *A educação e a complexidade do ser e do saber*. Petrópolis: Vozes; 2011.

7. Morin E. Educação e complexidade: os sete saberes e outros ensaios. 3. ed. São Paulo: Cortez; 2005.
8. Morin E. A religação dos saberes: o desafio do século XXI. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2001.
9. Morin E. Novos paradigmas, cultura e subjetividade. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
10. Morin E. Introdução ao pensamento complexo. 5a ed. Porto Alegre: Sulina; 2015.
11. Morin E. A epistemologia da complexidade. In: Morin E, Le Moigne JL, eds. A inteligência da complexidade. São Paulo: Fundação Peirópolis; 2000. pp. 218-26.
12. Morin E. A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2004.
13. Morin E. O método II: a vida da vida. Porto Alegre: Sulina; 2005.
14. Morin E. O paradigma perdido: a natureza humana. 6. ed. Lisboa: Publicações Europa- América, 2000.
15. Santos SSC, Hammerschmidt KSA. A complexidade e a religação de saberes interdisciplinares: contribuição do pensamento de Edgar Morin. Revista Brasileira de Enfermagem [periódico na Internet], 2012 [citado em 05 jul 2017]; 65(4): 561-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n4/a02v65n4>.
16. Dürks DB, Silva SP. Ambivalência, complexidade e conhecimento: Bauman e Morin. Controvérsia [periódico na Internet], 2014 [citado em 28 nov 2016]; 10(1):35-43. Disponível em: <http://revistas.unisinos.br/index.php/controversia/article/viewFile/9851/4742>.
17. Bezerra IMP. State of the art of nursing education and the challenges to use remote technologies in the time of Corona Virus Pandemic. J Hum Growth Dev. 2020;30:141-147. doi:<http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.v30.10087>
18. Chick RC, Clifton GT, Peace KM, Propper BW, Hale DF, Alseidi A, Vreelard T. Using technology to Maintain the education of residents during the COVID-19 pandemic. J Surg Educ. 2020;00:1931-7204. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2020.03.018>
19. Nóvoa A. Educação 2021: para uma história do futuro. In: Catani DB, Gatti Júnior D (Org.). O que a escola faz? Elementos para a compreensão da vida escolar. Uberlândia (MG): Edufu; 2015. p. 51-69.

20. Cesar MRA, Duarte A. Hannah Arendt: pense em uma crise de educação no mundo contemporâneo. *Educ Pesqui*. 2010;36(3): 823-837. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-97022010000300012>
21. Morin E. *Ciência com consciência*. Rio de Janeiro (RJ): Bertrand Brasil; 2017.
22. Molina CA, Lopez FS. Trabajo colaborativo docente: nuevas perspectivas para el desarrollo docente. *Psicol Esc Educ*. 2019;23:e187926. doi: <https://doi.org/10.1590/2175-35392019017926>.
23. Correa SMM. La innovación educativa en los tiempos del Coronavirus. *Salutem Scientia Spiritus* (En línea). 2020;6(1):14-26. Disponível em: <https://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/salutemscientiaspiritus/article/view/2290>. Acesso em: 4 maio 2020.
24. Daniel SJ. Education and the COVID-19 pandemic. *Prospects*. 2020. doi: <https://doi.org/10.1007/s11125-020-09464-3>
25. Bezerra IMP. State of the art of nursing education and the challenges to use remote technologies in the time of Corona Virus Pandemic. *JHGD*. 2020; 30(1). <https://doi.org/10.7322/jhgd.v30.10087>

CONTRIBUIÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM (CIPE®) NO CONTEXO DA PANDEMIA DE COVID-19

Marcia Regina Cubas

Fernanda Broering Gomes Torres

Vânia Carla Camargo

INTRODUÇÃO

A doença denominada COVID-19 é causada por vírus da família Coronavírus - *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS) – coronavirus-2 (COV-2)⁽¹⁾. Sua característica de transmissão por contato próximo, potencializou o alastramento rápido da doença, transformando-a em uma pandemia de difícil controle. A pandemia foi declarada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e se constitui como emergência de saúde pública de importância internacional, considerada o mais alto nível de alerta da OMS^(2,3). No Brasil, o primeiro caso de COVID-19 foi confirmado no final de fevereiro de 2020 e, desde então, se observa um aumento exponencial, decorrente, entre outros fatores, da elevada taxa de transmissibilidade do SARS- COV-2^(2,4). A transmissão e o contágio ocorrem de pessoa para pessoa por meio de gotículas, aerossóis, mãos ou superfícies contaminadas pelo vírus, sendo estimado um período de incubação de dois a 14 dias^(2,5). O quadro clínico típico da COVID-19 assemelha-se à uma síndrome gripal, sendo os principais sinais e sintomas febre, dor de garganta, cefaleia, mialgia ou fadiga, tosse, dispneia

e diarreia^(5,6); e em casos mais graves, sangramento pulmonar, linfopenia grave e insuficiência renal⁽⁷⁾.

Embora qualquer pessoa possa se contaminar com o SARS-COV-2 e ficar gravemente doente, as pessoas idosas e com doenças crônicas (cardiovasculares, respiratórias, metabólicas, câncer, entre outras) apresentam maior risco de desenvolver as manifestações graves da doença⁽⁸⁾. Considerando a ausência de vacinas e antivirais específicos, reforça-se que os meios de prevenção mais eficazes são a higienização das mãos, o uso de máscaras e o distanciamento físico entre as pessoas.

A assistência às pessoas, famílias e comunidades expostas ao COVID-19 exige ações de equipe multiprofissional. Entretanto, a assistência de Enfermagem vem merecendo destaque durante a pandemia, seja pela presença dioturna dos profissionais de Enfermagem, nos casos de internamento hospitalar; ou pela inserção em diferentes contextos de cuidado, com ações de prevenção, controle, tratamento, monitoramento e reabilitação. Assim, para que o trabalho da categoria seja visível em sistemas de informação e para que, posteriormente, se possa avaliar o impacto do cuidado de Enfermagem frente à pandemia de COVID-19, é imprescindível que os registros de ações realizadas pela equipe de Enfermagem sejam realizados de forma padronizada.

As terminologias padronizadas da área de conhecimento da Enfermagem devem permitir a representação e documentação dos elementos estruturantes da prática – os diagnósticos, os resultados e as intervenções de Enfermagem. O *International Council of Nurses* é a organização responsável pela criação e desenvolvimento da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]). A CIPE[®] é uma terminologia combinatória e enumerativa, que contém, na versão 2019-2020, um total de 2.040 termos primitivos, distribuídos em um Modelo 7 – Eixos (Foco, Julgamento, Cliente, Ação, Meio, Localização e Tempo) e 2.035 termos pré-coordenados, sendo 867 diagnósticos/resultados de Enfermagem e 1.168 intervenções de Enfermagem⁽⁹⁾.

A partir desse pequeno contexto, o presente capítulo tem como finalidade apresentar as possíveis contribuições de uma terminologia padronizada – a CIPE®, para a identificação e registro das ações de Enfermagem no cuidado às pessoas, família e comunidade frente ao COVID-19.

Destaca-se que a estrutura da CIPE® possibilita que o enfermeiro, ao executar as etapas do Processo de Enfermagem durante o atendimento à pessoa/família em suspeita ou infectada pelo SARS-COV-2, encontre termos/conceitos consonante com planejamento de cuidado. Tal planejamento pode ser voltado aos aspectos de: a) prevenção e controle da doença, objetivando, em especial, a diminuição do risco de contágio e das situações de vulnerabilidade; e b) assistência às necessidades da pessoa, família e/ou comunidade que se encontrem acometidas pela doença e/ou estejam em processo de recuperação de sua saúde.

USO DA CIPE® PARA IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO DE AÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE

Ações de prevenção e controle da doença são utilizadas com o intuito de desenvolver comportamentos, hábitos e práticas protetivas para redução de risco, em nível individual e coletivo; bem como identificar e minimizar vulnerabilidade individual ou programática. Ao aplicar o processo de enfermagem, é possível identificar, na CIPE®, termos que auxiliam no registro de diagnósticos, resultados e intervenções relacionadas às orientações de medidas de prevenção e controle.

O primeiro exemplo que será oferecido, diz respeito a um fenômeno genérico, mas extremamente adequado ao contexto da pandemia – o “Comportamento de Busca de Saúde”. Esse termo faz parte da classificação, como um foco (termo primitivo) e como um diagnóstico de Enfermagem⁽¹⁰⁾, pois se trata de um achado clínico, portanto dispensa o uso de um termo

do eixo julgamento. Ao usar esse diagnóstico, entende-se que a pessoa (ou sua família/comunidade) identifica, utiliza, gerencia ou assegura um conjunto de recursos que permite o desenvolvimento de modos aceitáveis para prevenção e controle da doença⁽¹⁰⁾. Tal diagnóstico pode ser registrado em todos os momentos de reforço das orientações sobre lavagem das mãos, uso de máscaras, aplicação de álcool gel, limpeza de utensílios e isolamento social. Por sua vez, quando as orientações oferecidas se tratar de medidas de correção de comportamento, é possível utilizar o diagnóstico “Risco de Exposição à Contaminação”.

Outro importante fenômeno, que está presente nas ações de prevenção, é o “isolamento social”. Na CIPE®, esse termo é considerado um prejuízo⁽¹⁰⁾, ou seja, de maneira geral, as pessoas não deveriam se isolar da sociedade. Mas identifica-se que a intervenção “Implementar Regime de Reclusão (ou Isolamento)” está presente na classificação, portanto é possível utilizar os diagnósticos “Regime de Reclusão (ou Isolamento Social) Adequado” ou “Disposição para Regime de Reclusão (ou Isolamento Social) Adequado” quando se verifica que a pessoa (ou a família/comunidade) está implementando ou aderindo às medidas de isolamento. Caso contrário, se usa o diagnóstico de “Risco de Regime de Reclusão (ou Isolamento Social) Inadequado”.

O isolamento pode trazer consequências, como a identificação de melancolia e tristeza associada à ausência de companhia de familiares ou amigos. Nesse caso, o diagnóstico de Enfermagem “Risco de Solidão” pode ser utilizado, e uma forma de diminuir o risco é a intervenção de “Estimular Conferência (ou Conversação em Grupo) Familiar, Via Remota”.

A presença de grupo de risco sustenta a orientação do rigoroso distanciamento físico/social. Se por um lado, a orientação gera prevenção da doença, por outro, as pessoas/famílias/comunidade ficam vulneráveis a possíveis restrições de cuidados e acesso a recursos. A vulnerabilidade gera sentimento de ameaça, perigo ou angústia e, neste caso,

o enfermeiro pode fazer uso do diagnóstico “Medo”. Quando a família não é capaz de gerenciar o estresse causado pelo medo ou por ter atitude de controle, o diagnóstico “Enfrentamento Familiar, Prejudicado” é uma forma de registrar o fenômeno de modo padronizado.

Os diferentes grupos etários, em especial as crianças e idosos, podem ser vítimas de negligência, abuso ou violência durante o período da pandemia. Os três fenômenos estão presentes na CIPE® e podem ser utilizados para compor diagnósticos de risco ou reais⁽¹⁰⁾, à exemplo do “Abuso de Idoso”, “Risco de Ser Vítima de Negligência” e “Vítima de Violência de Parceiro Íntimo”. Embora tais fenômenos não estejam ligados ao contágio, são decorrentes do contexto social exigido pela presença da doença, e se relacionam à prevenção secundária.

USO DA CIPE® PARA IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO DE AÇÕES DE ASSISTÊNCIA ÀS NECESSIDADES DA PESSOA, FAMÍLIA E/OU COLETIVIDADE ACOMETIDAS PELA DOENÇA E/OU EM PROCESSO DE RECUPERAÇÃO DE SAÚDE

A identificação das necessidades humanas e sociais afetadas em resposta à doença e, conseqüentemente, a recuperação da saúde, é uma importante atividade que sustenta o processo de Enfermagem.

A principal necessidade afetada é a necessidade de oxigenação, assim o enfermeiro pode registrar, segundo sua anamnese e exame físico, diagnóstico mais genérico, como os de “Função do Sistema Respiratório, Prejudicada”; “Limpeza das Vias Aéreas, Prejudicada” e “Respiração, Prejudicada”. Ou mais específicos, como os de “Hipóxia”, “Dispneia”, “Respiração Ofe-gante”, “Sufocação” e “Ventilação, Ineficaz”. Ao realizar a avaliação de Enfermagem, o enfermeiro pode registrar os resultados atingidos, mudando o julgamento de “Prejudicada” para

“Melhorada” e de “Ineficaz” para “Eficaz”, ou mesmo evidenciar resultados negativos, que são inesperados, como o de “Desmaie Ventilatório, Prejudicado”.

A oxigenação prejudicada interfere direta ou indiretamente em outras necessidades. É comum a identificação de fenômenos associados, dentre outros, as necessidades de: Sono e repouso, Cuidado corporal e ambiental, Comunicação e Segurança emocional. A CIPE® possibilita que o enfermeiro nomeie diagnósticos que representam tais fenômenos, como “Sono, Prejudicado”, “Capacidade para Tomar Banho, Prejudicada”, “Comunicação Verbal, Prejudicada” e “Ansiedade face à Morte”; respectivamente.

Outros fenômenos, associados ao processo de recuperação, podem ser representados pela CIPE®. Dentre eles, especial atenção deve ser oferecida ao cuidador familiar, pois além de estar exposto ao risco inerente à convivência doméstica com o infectado, pode se sentir incapaz e fisicamente/emocionalmente cansado, nesse caso, o enfermeiro pode identificar o diagnóstico de “Estresse do Cuidador”. Por sua vez, a família/comunidade pode enfrentar dificuldades para receber a pessoa em recuperação, em virtude do ambiente ou domicílio inseguro, assim, os diagnósticos de “Problema de Segurança Ambiental” ou “Segurança do Domicílio, Ineficaz” podem ser utilizados.

Não se pode minimizar a presença de desfecho negativo, que leva a não recuperação da saúde e, conseqüentemente, ao óbito. Os fenômenos: processo de luto, expressão do luto e morte⁽¹⁰⁾ estão presentes na CIPE®, e precisam ser registrados. O processo de luto é uma emoção vivenciada por um ou mais membros de uma família, sendo que o enfermeiro deve identificar as fases vivenciadas e dar suporte às distintas expressões da pessoa/família. Os diagnósticos “Processo de Luto, Antecipado”, “Processo de Luto Familiar”, “Processo de Luto, Disfuncional”, “Expressão Familiar de Luto” e “Medo da Morte” são exemplos de possíveis registros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo não teve a intenção de esgotar o tema, mas de apresentar exemplos de registros com uso de termos da CIPE®. Entende-se que a CIPE® não é a única classificação que pode ser utilizada para representar os fenômenos identificados, pelo enfermeiro na assistência às pessoas/família/comunidade, frente à pandemia COVID-19. Mas, pela sua amplitude e característica combinatória, é um importante recurso para registro de ações. Ressaltam-se as iniciativas realizadas pela Rede de Pesquisa em Processo de Enfermagem, que disponibilizou importante material de apoio aos enfermeiros, para assistência de Enfermagem no enfrentamento ao COVID-19, pelo site da rede (<www.repperede.org>). E, no qual, lança mão de distintas classificações.

REFERÊNCIAS

1. Hanley B, Lucas SB, Youd E, Swift B, Osborn M. Autopsy in suspected COVID-19 cases. *J Clin Pathol* [internet]. 2020 [acesso em 2020 Jun 26]; 73(5): [239-242]. Disponível em: [doi:10.1136/jclinpath-2020-206522](https://doi.org/10.1136/jclinpath-2020-206522)
2. World Health Organization (WHO). Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease 2019 (COVID-19): Interim guidance. Genebra: WHO; 2020a. [acesso em 2020 30 Jun]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331215/WHO-2019-nCov-IPCPPE_use-2020.1-eng.pdf
3. Dong E, Du H, Gardner L. An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. *Lancet Infect Dis*. 2020; [acesso em 2020 Jun 30] 20(5):533-534. Errata em: *Lancet Infect Dis*. 2020 Jun 12; Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7159018/>
4. Silva A da. Sobre a possibilidade de interrupção da epidemia pelo coronavírus (COVID-19) com base nas melhores evidências científicas disponíveis. *Rev. bras. epidemiol.* [internet]. 2020 [acesso 2020 Jun 30]; 23:2200021. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2020000100100&tlng=pt

5. Zhai P, Ding Y, Wu X , Long J, Zhong Y, Li Y. The epidemiology, diagnosis and treatment of COVID-19. *International Journal of Antimicrobial Agents*. 55 (2020). [acesso em 2020 30 Jun]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7138178/pdf/main.pdf>
6. Xu XW, Wu XX, Jiang XG, et al. Clinical findings in a group of patients infected with the 2019 novel coronavirus (SARS-Cov-2) outside of Wuhan, China: retrospective case series. *BMJ*. 2020 [acesso em 2020 30 Jun]; 368:m792. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32107200/>
7. Strabelli TMV, Uip DE. COVID-19 e o Coração. *Arq. Bras. Cardiol.* [Internet]. 2020 [acesso em 2020 26 Jun]; 114(4): 598-600. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2020000400598&lng=en.
8. World Health Organization. Q&A on coronaviruses. (COVID-19). 2020b[base de dados na internet] [atualizada em 17 abril 2020; acesso em 2020 30 Jun]. Disponível em <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/q-a-coronaviruses>
9. Garcia TR, Nóbrega MML, Cubas MR. CIPE®: uma linguagem padronizada para a prática profissional. In: Garcia TR (Org). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE): versão 2019/2020*. Porto Alegre: Artmed, 2020. p. 21-34.
10. Garcia TR, Nóbrega MML, Cubas MR (tradutoras). CIPE® versão 2019/2020. In: Garcia TR (organizadora). *Classificação para a prática de enfermagem CIPE®: versão 2019/2020* [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Artmed. p. 35-236.

PROTAGONISMO DA ENFERMAGEM PARA COBERTURA VACINAL EM TEMPOS DE PANDEMIA

Francisca Georgina Macedo de Sousa

Ana Paula Dias França Guareschi

Adriana Torres dos Santos

Flávia Simphronio Balbino

Gabrielle Pontes Santos

Giuliane Ferreira Lopes dos Santos

ASPECTOS HISTÓRICOS DA VACINAÇÃO E A INSERÇÃO DA ENFERMAGEM VISANDO O CONTROLE DAS DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS

O controle das Doenças Infectocontagiosas é uma ação primordial, que contribui para o desenvolvimento social e econômico, constituindo um passo fundamental para a construção de uma saúde pública de qualidade. Para tanto, a vacinação tem se mostrado um importante aliado no que tange a prevenção e controle das doenças epidêmicas. Foi justamente acreditando no potencial desse método que, no início do século XIX, foi elaborado uma das primeiras ações públicas e organizada de saúde, acarretando na implementação da primeira política sanitária que se tem registro e no prelúdio da ciência moderna no Brasil (FERNANDES, 1999; VERANI, 2011).

Em 1804 a vacina antivariólica jenneriana já havia ocorrido no Brasil através do método braço a braço. Entretanto, não havia sido uma implementação de cunho público, difuso

entre toda a população (LOPES, POLITO, 2007). E somente após a chegada da Corte que a vacina antivariólica ganhou maior impulso, quando em 1811 D. João VI criou a Junta Vacínica da Corte, para promover o planejamento dessa iniciativa no país (FERNANDES, 1999).

A introdução da prática da vacinação no território brasileiro, como medida pública, ocorre justamente em um cenário gravíssimo de epidemia de varíola. O Instituto Vacínico do Império estava inserido nesse contexto de altas taxas de morbimortalidade e tinha como objetivo o aprofundamento da pesquisa, da prática e da propagação da vacina antivariólica (BRASIL, s.d). Para tanto, reforçava-se a vacinação como ato essencial para toda a população residente no Império, independente da idade, sexo ou condição (VARELA, et al.; s.d.). Entretanto, esses autores destacam que foram muitas as barreiras para o alcance dos objetivos do Instituto, dentre as quais aquelas relativas à estrutura física e número insuficiente de vacinadores, o que contribuía para a não cobertura vacinal. Por outro lado, a população não colaborava e se encontrava resistente à vacinação, o que fez com que as autoridades adotassem, como solução para efetivar tal intervenção, o uso da força. Mediante tais dificuldades, Gazeta (2006) discorre que em 1832 foi estabelecida a obrigatoriedade da vacinação em crianças de até três meses e em grupos determinados, exigindo-se o atestado de vacinação para a admissão em algumas instituições de trabalho no município do Rio de Janeiro, pelo Código de Posturas. Todavia, mesmo com a obrigatoriedade, houve baixa adesão à prática, pois a população descreditava e temia o uso da vacina. Segundo registros históricos (GUARANY, 1863; LEE, 1863), a única classe social em que o Instituto obteve êxito foi com os escravizados, que se viam obrigados a receber o imunobiológico por solicitação dos seus “proprietários”.

Em 1845, o órgão responsável pela saúde pública era a Secretaria de Estado dos Negócios do Império que informava,

seguindo autorização dada pela Lei nº. 369, de 18 de agosto do mesmo ano, que o governo passaria a cuidar da reforma da instituição vacínica. A meta era ampliar o serviço de vacinação, para que assim os benefícios deixassem de ser disponibilizados somente à Corte, algumas cidades e vilas, mas também beneficiassem os pontos mais distantes do território do Império. Outro objetivo era a construção de uma instituição central, responsável pela normalização e fiscalização da propagação da vacina, e que mantivesse informado o governo imperial sobre seu progresso (CABRAL, 2016). Em seguida, no ano de 1846, surge o Instituto Vacínico do Império, criado pelo decreto nº. 464 de 17 de agosto. O Instituto passava a incorporar a estrutura da Junta Vacínica da Corte, que deveria ser dirigido por um inspetor-geral e possuir comissário vacinador provincial na capital de cada província, um comissário vacinador municipal em cada município e comissários vacinadores paroquiais onde houvesse pessoas habilitadas ao cargo. Tais cargos só poderiam ser exercidos por médicos ou cirurgiões legalmente habilitados para curar, com diplomas das escolas de medicina do Império ou das antigas academias médico-cirúrgicas. A enfermagem ainda não era uma figura presente nesse cenário (CABRAL, 2016).

Entretanto, a extensão do país e as dificuldades de comunicação da época representavam obstáculos significativos à realização dos objetivos do Instituto, além dos problemas ocasionados pela resistência popular à vacinação e revacinação. Sendo assim, em 1849, o até então Ministro do Império, Visconde de Monte Alegre, afirmou ser de suma importância a criação de regulamentos sanitários para controlar a recusa da população à vacinação (BRASIL, s.d). Entretanto, o Instituto vivenciava o problema da baixa adesão à vacinação em períodos não críticos. Poucos indivíduos buscavam a vacinação, e menor ainda era a quantidade daqueles que retornava para a revacinação. Segundo relatos, a parcela da população que se dispunha a revacinar-se eram geralmente motivada pelo interesse pessoal de

adquirir os atestados de vacinação, nos quais eram necessários para a matrícula nas escolas de ensino secundário e superior e para os asilos (FONSECA et al, s.d).

Com essas dificuldades e limitações, o Congresso Nacional aprova, na forma da Lei nº. 1.261 de 31/10/1904, a vacinação e revacinação obrigatórias em toda a República (RIO DE JANEIRO, 2006). Entretanto, a crescente intervenção médica nos espaços urbanos foi recebida, mais uma vez, com desconfiança e medo pela população, e manifestada na revolta contra a vacina obrigatória (contra varíola) em 1904. Assim, o governo revogou o decreto que estabelecia a obrigatoriedade da vacina, mantendo essa condição somente para escolares, viajantes e funcionários públicos (FONSECA et al., s.d; RIO DE JANEIRO, 2006; HOCHMAN, 2011). A volta da obrigatoriedade da vacina torna a ser considerada e legalizada em 1906. Entretanto, com baixo índice de adesão, o que pode ter favorecido o estabelecimento da epidemia de varíola em 1908 (HOCHMAN, 2011).

Com o crescimento econômico, veio também o progressivo aumento dos núcleos urbanos, colaborando com a incidência de inúmeras doenças e problemas de saneamento em geral. Entre as epidemias de varíola, tuberculose e gripe espanhola, que se abateu sobre a Europa do pós-guerra e generalizou-se, chegando ao Rio de Janeiro em setembro de 1918 (FERNANDES, 1999). Regulamentado, através de decreto nº. 14.629 de 17/01/1921, o Instituto Vacinogênico Federal torna gratuito o fornecimento da vacina contra a varíola ao Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) e aos Serviços de Higiene e Assistência Pública da União e dos Estados (FONSECA et al, s.d).

Apesar de a educação sanitária ter sido, até então, atribuída aos médicos. A criação do DNSP, em 1920, representou um contexto favorável ao estabelecimento de uma escola de enfermeiras e, esta atribuição, passa a ser à mulher/enfermeira-visitadora (BRASIL, 2009; CASTRO et al., s.d). A criação da Escola, vinculada

ao DNSP para instruir e diplomar enfermeiras, foi oficializada pelo decreto nº. 16.300, de 31/12/1923. E teve como objetivo, segundo o Cap. XIII, Art. 393, “educar enfermeiras profissionais destinadas aos serviços sanitários e aos trabalhos gerais ou especializados dos hospitais e clínicas privadas”. Assim, é introduzido oficialmente ao programa de formação da enfermeira o ensino teórico e prático sobre controle das doenças epidêmicas e a higiene pública, lhes amparando legalmente a atuar como profissionais nas referidas áreas (VARELA et al., s.d), por meio do Curso de Educadoras Sanitárias (AYRES et. al, 2012).

O curso possuía uma duração de um ano e seis meses, e buscava enfatizar o trabalho em saúde pública em uma grade curricular que envolvia aulas teóricas e práticas, com enfoque nas técnicas de vacinação e atendimento à família, além da abordagem nas visitas domiciliares (FARIA, 2006). Sendo assim, é somente em 1927 que ocorre a formação da primeira turma de Educadoras Sanitárias. No mesmo ano, as recém-formadas foram incorporadas aos ofícios de controle e assistência em doenças transmissíveis (CASTRO et al., s.d). Já as enfermeiras visitadoras passaram a ser responsável pela visita domiciliar as famílias que se encontravam enfermas e, de acordo com a gravidade do caso, cuidar do doente; observar as condições sanitárias das proximidades onde tais pessoas residiam; promover educação em saúde acerca da importância do sol, do ar, da limpeza, abordando sobre o perigo das moscas, mosquitos como vetores de determinadas patologias; instruir sobre o modo de combatê-los e, conseqüentemente, prevenir a incidência de novos casos; e indicar a maneira mais adequada de alimentar as crianças e os adultos (VARELA et al., s.d).

Vale ressaltar que o início da história da vacinação no Brasil foi marcado por muitas dificuldades e de pouco sucesso no tocante ao controle das doenças (TEMPORÃO, 2003). Foi somente com a introdução da Enfermagem no controle das doenças epidêmicas, que se alcançou significativo decréscimo na

incidência de novos casos, com diminuição da gravidade e da capacidade de transmissão das patologias endêmicas, contribuindo para que a vacina passasse a possuir vislumbres de confiança e aceitação por parte da população (SANTOS, SANNA, 2006). Evidentemente, pode-se atribuir parte dessa vitória às intervenções das enfermeiras visitantes, com repercussões positivas na promoção de padrões de comportamento e inserção da cultura da vacinação no meio social (AYRES et al., 2012). Para Santos e Sanna (2006), a Enfermagem participou no tratamento e na vigilância de doentes atingidos pelo surto de febre amarela, conseguindo, em quatro meses, a rápida diminuição de casos, assim como nas epidemias e surtos de sarampo, tifoide e outras doenças infectocontagiosas.

De modo geral, a dificuldade no estabelecimento da erradicação das doenças endêmicas reforça a importância das ações de imunização. Como essas ações foram marcadas pela descontinuidade, pelo caráter episódico de campanhas e pela reduzida área de cobertura de atuação, é somente após sete anos do início da campanha contra a varíola que o Brasil consegue alcançar a certificação internacional da erradicação da varíola (BRASIL, 2009; BRASIL, s.d).

Foi diante desse cenário, como uma forma de coordenar as ações de imunização de forma resolutiva, planejada e sistematizada, que surge a proposta do Programa Nacional de Imunizações (PNI), sendo instituído em 1975 pela Lei nº. 6.259 (BRASIL, 2009) e reconhecido internacionalmente por erradicar ou manter sob controle as doenças evitáveis, por meio da vacinação (BRASIL, 2003). Tal programa conquistou a solidificação de suas ações a partir do investimento em recursos, na vigilância de eventos adversos pós-vacinais, na universalidade de atendimento, nos sistemas de informação, no investimento na descentralização das ações e na capacitação e atualização técnico-gerencial para gestores. Investiu, sobretudo, na realização de campanhas nacionais de vacinação, bem como na busca para

identificar e agir diretamente nas falhas que comprometiam as coberturas vacinais (BRASIL, 2003).

Ainda hoje, é perceptível a disseminação do conhecimento popular herdado dos nossos antepassados sobre os imunobiológicos, perpetuando o medo e a falta de credibilidade dessa ação de saúde, condição evidenciada pelas baixas coberturas vacinais e pelo movimento antivacina. Esse tipo de comportamento, frente à busca pelas vacinas, induz atitudes de risco não somente à saúde individual do não vacinado, mas da população em geral, haja vista a reincidência de casos de doenças que, até então, encontravam-se erradicadas pela vacinação (MAIA, BAILLALAI, NEHAB, 2019; MIZUTA, 2019).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2019) reafirma a importância da categoria tanto na gestão dos imunobiológicos, nos procedimentos técnicos, como na condição de educadores em saúde. Nesse contexto, estabelece prioridades, realiza a busca ativa dos não imunizados, viabiliza o contato da população com o conhecimento e práticas em saúde e científicas, favorecendo a disseminação da cultura da vacina e o esclarecimento das notícias falsas e mitos acerca da vacinação. Do mesmo modo, a enfermagem articula e estabelece estratégias para ampliar o acesso da população às vacinas do Calendário Básico de Vacinação, instituído pelo governo brasileiro.

A partir desta retrospectiva histórica, observa-se não apenas a evolução das ações de imunização no Brasil, mas também a conquista da categoria da enfermagem no contexto da saúde pública. Tendo em vista que a mesma alcançou expressiva autonomia funcional em trabalhos que, por muito tempo, só podiam ser executados pela supervisão do médico ou de instituições.

VACINAÇÃO EM TEMPOS DE PANDEMIA: ALGUMAS ESTRATÉGIAS PARA COBERTURA VACINAL

Para entender as diversas estratégias de vacinação adotadas durante a pandemia faz-se necessário, primeiramente, contextualizar sobre a condição pandêmica em que o país se encontrava no enfrentamento do novo coronavírus (SARS-CoV-2), e da doença causada pelo mesmo (COVID-19) durante a 22ª. Campanha Nacional de Vacinação contra Influenza.

O novo coronavírus foi nomeado SARS-CoV-2 ainda no final de 2019, sendo o agente causador da doença COVID-19 (Coronavirus Disease 2019). Mesmo não tendo informações plenas e nem medidas de efetividade inquestionáveis sobre o manejo clínico da doença, sabia-se que o vírus tinha alta transmissibilidade e uma letalidade que variava conforme faixa etária e condições clínicas associadas (BRASIL, 2020a). A pandemia de COVID-19 apresentou-se como um dos maiores desafios sanitários em escala global deste século. Em 11 de março de 2020, a OMS declarou, oficialmente, a pandemia de COVID-19, doença que pode apresentar-se de forma assintomática, mas também pode causar Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e levar a óbito (MELLO et. al., 2020). Ainda na metade do mês de abril de 2020, pouco tempo depois do início da pandemia, já haviam ocorridos mais de 2 milhões de casos e 120 mil mortes no mundo por COVID-19. No Brasil, no mesmo período, já tinham sido registrados cerca de 21 mil casos confirmados e 1.200 mortes (WERNECK; CARVALHO, 2020). Esses números aumentaram exponencialmente, com o passar do tempo, paralelamente ao agravamento da pandemia houve inúmeras publicações e medidas adotadas para o enfrentamento da mesma.

Desde fevereiro de 2020, o governo brasileiro tem publicado diversas normas para tentar contornar os efeitos da pandemia de COVID-19. As primeiras medidas vieram pela

Portaria n.188 de 3/2/2020 (BRASIL, 2020b), que declarou estado de emergência em Saúde Pública e a Lei 13.979 de 6/2/2020 (BRASIL, 2020c), que estabeleceram algumas medidas de importância internacional para conter a propagação do vírus, entre elas a quarentena e o isolamento social. Para conter os casos de infecção o governo federal, em parceria com os estados e municípios brasileiros, iniciou um período de produção abundante de regras (NAHAS; MARTINEZ, 2020).

A comunidade científica já alertava que, no campo das doenças infecciosas, o advento de novas pandemias era uma questão apenas de tempo (SANGALETTE et. al., 2020). O século XXI já presenciou várias epidemias que puderam ser contidas em algum nível temporal ou geográfico, como as duas epidemias de coronavírus (pelo SARS-CoV e a Síndrome Respiratória do Oriente Médio – MERS), as epidemias de Ebola na África e a epidemia de Gripe Aviária (H5N1). Em conjunto elas provocaram menos mortes que a COVID-19. A epidemia de Influenza H1N1 de 2009, para qual a vacina estava disponível, foi devastadora, estimando-se que entre 150 mil a 575 mil pessoas morreram de causas associadas à infecção. Entretanto, o número de mortes que serão provocadas pela pandemia de COVID-19 ainda é incerto (WERNECK; CARVALHO, 2020).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde mundial e possui uma rede de atendimento que engloba desde a Atenção Primária em Saúde (APS), até a alta complexidade. No entanto, devido o sistema assistencial apresentar-se sobrecarregado, a capacidade do SUS em gerir e conter a propagação da pandemia foi questionada inúmeras vezes (NASCIMENTO; PACHECO, 2020). Ainda assim, a APS no SUS tem se mostrado fundamental na resposta global à doença durante surtos e epidemias, sendo a porta de entrada do sistema e oferecendo atendimento de forma resolutiva. Desse modo, mantendo a longitudinalidade e a coordenação do cuidado em todos os níveis de atenção à saúde, com grande potencial de identificação

precoce de casos graves, que são manejados em serviços especializados (BRASIL, 2020a).

Para Sarti et al (2020), a APS precisa assumir, com urgência, o seu protagonismo como ordenadora do cuidado no SUS. Os autores sugerem a realização de medidas que podem ser imediatas, como reorganização dos fluxos de usuários nos serviços, e outras com maior prazo, como melhorias nas estruturas físicas das unidades. Para todas elas, é necessário centralizar a APS na agenda do Ministério da Saúde, com recursos destinados ao setor pela União. E consideram que a resolutividade do enfrentamento à COVID-19, o futuro do SUS e a saúde dos brasileiros também dependem disso.

Um dos serviços oferecidos pela APS é a vacinação da população. A vacinação durante a pandemia de COVID-19 é uma forma de prevenir quadros respiratórios graves pela gripe e é essencial para proteger pessoas, ajudando o sistema de saúde a se concentrar na resposta à pandemia. O fortalecimento da vacinação contra influenza sazonal, para prevenir doença respiratória durante a pandemia, foi fortemente recomendado (OPAS, 2020; OMS, 2020).

Em 2020, o Ministério da Saúde tomou a decisão de antecipar em três semanas a realização da 22^a. Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza, como forma de intensificar ações de combate a pandemia, protegendo a população de forma antecipada contra a Influenza, minimizando o impacto sobre os serviços de saúde e auxiliando na exclusão de diagnósticos em virtude da nova doença. Destaca-se que os sintomas da Influenza são semelhantes aos da COVID-19 e essa antecipação visava reduzir a carga de circulação da Influenza na população, bem como complicações e óbitos, especialmente nos indivíduos que apresentam fatores ou condições de risco (BRASIL, 2020a).

No Brasil, assim como em outros países, surgiram estratégias criativas para continuar a vacinação da população de risco com segurança durante a pandemia (OPAS, 2020; OMS, 2020).

A meta brasileira foi vacinar 60 milhões de pessoas, alcançando 90% de cobertura para cada grupo prioritário. Faz parte do público-alvo da Campanha Nacional de Vacinação contra Influenza: idosos, crianças de 6 meses a menores de 6 anos, pessoas com doenças crônicas ou condições clínicas especiais como gestantes, puérperas (pós-parto até 45 dias), além de profissionais de saúde, profissionais da força de segurança e salvamento, caminhoneiros, motoristas e cobradores de transporte coletivo, trabalhadores portuários, adolescentes e jovens de 12 a 21 anos sob medidas socioeducativas, população privada de liberdade, funcionários do sistema prisional, pessoas com deficiência, professores de escolas públicas e privadas e pessoas de 55 a 59 anos de idade. A vacina ofertada pelo MS protege contra os vírus Influenza A (H1N1) pdm09, A (H3N2) e Influenza B (Victoria) (BRASIL, 2020d).

O Ministério da Saúde emitiu nota técnica com recomendações sobre medidas de saúde pública durante a Campanha de Vacinação contra Influenza, indicando vários formatos de organização do processo de trabalho das equipes para serem admitidos, com o intuito de evitar aglomerações. Foram sugeridas parcerias com os serviços de assistência social, a rede de ensino, as Forças Armadas, entidades vinculadas ao Sistema de Saúde, a extensa rede de farmácias privadas do país e entre outros (BRASIL, 2020d).

As principais medidas recomendadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2020e) - como estratégias para a 22ª Campanha Nacional de Vacinação contra Influenza durante a pandemia, vinculadas às propostas pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), que foram adotadas isoladamente ou de forma combinada pelos diversos serviços de saúde do país - são:

- Organização das UBS mantendo horário estendido, de forma a garantir a oferta de vacinação no horário de almoço, bem como nos horários noturnos e finais de semana. Para isso foi sugerido organização em escalas

de trabalho flexíveis, a fim de assegurar o quantitativo de profissionais necessários, para garantir o acesso da população à vacina, durante todo o horário de funcionamento do serviço;

- Ampliação da força de trabalho para vacinação, evitando a formação de filas e aglomerações na unidade ou em qualquer local de vacinação;
- Oferecimento de Equipamentos de Proteção Individual para equipe de enfermagem;
- Imunização com distribuição de senha, assim o usuário só se dirige à UBS na hora;
- Busca de parcerias com instituições de ensino superior de graduação da área da saúde, com objetivo de montar equipes de vacinação com reforço de estudantes da área;
- Escolha de local específico na UBS para vacinação do idoso, pessoas com comorbidades, gestantes e puérperas, separados do local de vacinação direcionado aos demais grupos. Não sendo possível, foi instituída a definição de filas diferenciadas, para vacinação de cada grupo prioritário;
- Vacinação extramuros em locais de convivência social como supermercados, centros de idosos, igrejas e escolas, em locais abertos e ventilados e em Unidades Móveis de Saúde;
- Vacinação em *drive thru*: O sistema de vacinação em *drive thru* foi uma estratégia bem aceita e adotada em grande parte do país, como forma de evitar aglomerações e manter o distanciamento social, mesmo nas filas de espera para vacinação. O sistema consiste em atender a população, realizando a vacinação com a pessoa recebendo a vacina ainda dentro do seu carro (VALE et. al., 2020; MENDONÇA et. al., 2020). Tendas *drive thru* e pátios de escolas foram observados como algumas das estratégias de logística da campanha de vacina contra

Influenza, no recorte temporal do estudo, que garantiram distanciamento social e meta de vacinação acima de 95 % do público alvo. Essa ação é de fundamental contribuição para prevenir formas graves das demais síndromes respiratórias, evitando competição da COVID-19 por leitos hospitalares, sendo uma das principais contribuições da APS contra a pandemia (MENESES, 2020);

- Realização de vacinação domiciliar, especialmente para aqueles com dificuldade de locomoção, idosos, acamados, entre outros. Que foram realizadas seguindo recomendações de observar distâncias seguras, evitar aglomeração, ofertar máscaras para os sintomáticos respiratórios e prover EPI para todos os profissionais, independentemente do motivo da visita domiciliar.
- Recomendações referentes à porta de entrada do local de vacinação:
- Triagem de sinais e sintomas do Coronavírus, previamente à vacinação;
- Educação em saúde à população, com materiais educativos sobre prevenção do COVID-19 e controle da infecção;
- Orientação sobre etiqueta respiratória (cobrir a boca ao tossir ou espirrar, com a face interna do cotovelo ou com um lenço descartável, lavar as mãos com frequência e não tocar o rosto com as mãos);
- Disponibilização de locais adequados para higienização das mãos, com oferta de toalhas de papel descartáveis ou oferta de *dispenser* com álcool em gel, na concentração de 70%, para facilitar a higienização das mãos dos profissionais e da população que busca a vacinação, assim como distribuição de máscaras;
- Organização da implantação do *Fast-Track* (BRASIL, 2020f) e do protocolo de Manejo Clínico da COVID-19 (BRASIL, 2020a), não somente para a porta de entrada da UBS, como também para os locais de vacinação;

- Ampliação da distância nas filas entre uma pessoa e outra (idealmente para 2 metros);
- Orientação à população quanto a evitar o contato próximo por meio do aperto de mão, beijo e abraço, principalmente quando estiver aguardando para receber a vacina;
- Ampliação da frequência de limpeza de pisos, corrimões, maçanetas e banheiros, com álcool 70% ou solução de água sanitária;
- Manutenção da comunicação permanente com a equipe de vigilância em saúde do município, para organização do fluxo dos casos suspeitos de COVID-19.

Ainda com vistas a reduzir a proliferação do vírus SARS-CoV-2, durante a campanha de vacinação contra Influenza, e também com o intuito de aperfeiçoar a atividade de vacinação evitando aglomerações, foi recomendado pelo MS que o registro de todas as doses de vacina aplicadas contra Influenza fossem feitos no formato consolidado (e não individualizado), incluindo as doses aplicadas na APS. Excepcionalmente, devido à pandemia, o registro na APS não foi realizado pela estratégia e-SUS (e-SUS PEC ou sistemas próprios individualizados). Sendo o registro feito apenas em formato consolidado, usando o Mapa de Registro de Vacina.

No que tange às orientações sobre vacinação de pessoas que tenham sido caso confirmado de COVID-19, o Ministério da Saúde ressaltou que, até o momento, não existem na literatura informações específicas sobre a interação da COVID-19 com a resposta às vacinas (BRASIL, 2020g). Portanto, com o intuito de minimizar a disseminação da doença, pessoas com sintomas respiratórios ou febre foram orientadas a não comparecerem para vacinação, enquanto houvesse sintomatologia, podendo ser vacinados após a resolução dos sintomas. Já os casos suspeitos e confirmados de COVID-19 foram orientados a vacinar após a resolução dos sintomas (BRASIL, 2020 g).

Um dos grupos prioritários na Campanha de Vacinação, devido suas particularidades, é o povo indígena. O registro de casos do Covid-19 nesta população é realizado pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), do Ministério da Saúde. O Boletim Epidemiológico específico de povos indígenas está disponível em endereço eletrônico do Ministério da Saúde, com o objetivo de apresentar dados atualizados sobre a situação do novo coronavírus em indígenas atendidos pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. As informações são obtidas junto a cada um dos trinta e quatro Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).

A situação de enfrentamento da pandemia de COVID-19 é particularmente mais difícil nessa população, devido à escassez de recursos e equipamentos de proteção individual, inclusive para os profissionais de saúde. Foi no DSEI Alto Solimões a primeira notificação de caso do novo coronavírus em indígena no Brasil. E ocorreu porque uma agente indígena de saúde, da etnia Kokama, foi infectada por um médico do distrito e mais três Kokoma, todos familiares da agente, testaram positivo para COVID-19, além de 15 profissionais da saúde (FARIAS; COSTA, 2020).

A Campanha de Vacinação contra Influenza 2020, para povos indígenas, também foi antecipada, sendo essa população contemplada ainda na primeira etapa. No entanto, foram incluídos apenas os moradores de aldeias. A medida foi uma recomendação do Ministério Público Federal para proteger a saúde de povos indígenas, durante a pandemia de COVID-19. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2020h), as equipes de vacinação percorreram as aldeias para assim adotar as medidas de prevenção e controle do coronavírus, em todos os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas do país.

EMPODERAMENTO DA ENFERMAGEM PARA VIABILIZAR ESTRATÉGIAS PARA COBERTURA VACINAL

O curso e a gravidade da pandemia do COVID-19 desencadearam adoção de intervenções de grande intensidade, como isolamento social, fechamento das cidades (*lockdown*) por governos nacionais e internacionais, que trouxeram mudanças bruscas para a sociedade em geral. No âmbito da saúde pública, foram adotadas estratégias por meio de propagação de medidas como a higienização das mãos, disseminação do uso máscara e do álcool em gel, para conter a transmissão da infecção e reduzir a sobrecarga social e sua mortalidade (OMS, 2020).

O novo cenário da pandemia pelo COVID-19, juntamente com a campanha *Nursing Now* (2020), com suas metas para este ano: com mais evidências para políticos e tomadores de decisão sobre onde a Enfermagem pode ter o maior impacto; maior influência dos profissionais de Enfermagem nas políticas de saúde; maior e melhor disseminação de práticas eficazes e inovadoras em Enfermagem e maior investimento na melhoria da educação, desenvolvimento profissional, normas, regulação e condições de emprego para os profissionais da Enfermagem; trouxeram à tona a necessidade de uma reflexão e mudança de paradigma da atuação do enfermeiro na atenção primária, diante da campanha de vacinação.

Dentre as atribuições do enfermeiro da atenção primária de saúde (APS), descritas no estudo de Gavalote et al (2016), destaca-se as reconhecidas pelos demais profissionais graduados, que delegaram que o enfermeiro tem o papel de autoridade cognitiva na divulgação de informações sobre os processos de organização do trabalho.

No sistema público de saúde, os enfermeiros estão presentes em todas as ações desenvolvidas, só na APS eles

representam mais de 200 mil, compondo as equipes de Saúde da Família, de Consultório na Rua, entre outras. E além de estarem presentes dentro das unidades de saúde e do ambiente hospitalar, eles identificam a situação do paciente e o direciona para o ponto de atendimento adequado, como ao Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e outros centros.

Além da coordenação do trabalho da Enfermagem e da supervisão dos agentes comunitários de saúde, muitas das atividades de manutenção e controle dos serviços estão sob a gestão desse profissional, estando a unidade, de forma geral, sob a responsabilidade do enfermeiro. Essa atuação mais gerencial do enfermeiro na APS, seu grande número de atividades e o seu trabalho em rede com equipes multiprofissionais, com atuação interdisciplinar e articulação intersetorial, pode, aparentemente, distanciá-lo da assistência direta e do contato com o usuário (GAVALOTE et al, 2016).

O desafio desse profissional é articular sua competência gerencial e assistencial, resgatado suas atribuições estabelecidas na APS, como a realização de ações educativas, de promoção e prevenção à saúde da população, relacionadas à imunização e controle de doenças. Para tanto, o enfermeiro precisa se apropriar de dados epidemiológicos, dos princípios do SUS, do conhecimento da fisiopatologia, educação e vigilância em saúde e o impacto do processo saúde doença para o indivíduo e comunidade. E no cenário de pandemia, a garantia de um atendimento seguro e de qualidade na APS demanda planejamento baseado em dados, reorganização dos serviços de acordo com as características da epidemia, alocação de recursos financeiros e estratégias de ações específicas para o enfrentamento da pandemia, bem como de profissionais de saúde capacitados para responder com qualidade às demandas da população. Logo, a presença do enfermeiro é decisiva nas medidas de contenção e na preservação da saúde (BRASIL, 2020a).

De acordo com Menezes (2020), no gerenciamento emergencial de recursos para enfrentamento à pandemia do coronavírus, são necessárias estratégias para operacionalizar com êxito as práticas de administração de recursos humanos, materiais, físicos, financeiros, políticos e de informação, dentre outras situações nunca vivenciadas. Nesse contexto, cabe ao profissional enfermeiro da APS o mapeamento do território e da população, a identificação das principais necessidades locais, bem como os pontos de vulnerabilidade e riscos presentes.

Refletindo sobre as competências do enfermeiro da APS, observa-se a necessidade da aquisição da prática clínica baseada em evidências, educação permanente, administração e gerenciamento, além de habilidades exigidas no planejamento e implementação das estratégias de vacinação em um contexto adverso de pandemia. A partir do conhecimento atualizado sobre a relevância da imunização da Influenza à população, no período sazonal de maior risco, associado ao momento da vigência de uma infecção respiratória sem precedentes, o Ministério da Saúde realiza ajuste na sua agenda para a antecipação da campanha de vacinação da Influenza. Assim como, redefine as portarias com adequações de como esta imunização poderia ser realizada (BRASIL, 2020d).

Diante disso, o enfermeiro da atenção primária se depara com novos desafios para realizar uma campanha de imunização com metas governamentais de cobertura da maioria da população, no contexto de isolamento social. Para tanto, esse profissional precisou realizar ações criativas e seguras para que tal objetivo fosse alcançado. Com as recomendações do Ministério da Saúde (2020a) e Sociedade Brasileira de Imunização (2020), referente à prevenção da infecção do COVID-19 nos serviços de saúde, houve mudanças na operacionalização da equipe de Enfermagem para execução da vacinação, nas diferentes fases estabelecidas pelo Ministério da Saúde, conforme descrito anteriormente.

Este ano a campanha de vacinação da Influenza atingiu índices de adesão mais significativos, pode-se inferir que está atrelado ao resgate do conhecimento da população sobre a importância da imunização como ferramenta eficaz para prevenção de doenças, opondo-se ao conceito que na atualidade sofreu impacto negativo, com o movimento antivacina. Diante desse contexto, observa-se o papel fundamental do enfermeiro, desde atuação no Ministério da Saúde, até na ponta do atendimento à população. A retomada dos princípios da teoria ambientalista de Florence Nightingale (1989), como eixo norteador da prática do enfermeiro, corrobora para o planejamento e assistência de Enfermagem, pautada na meta de prevenção e controle de doenças, de acordo com o preconizado pelas políticas e programas do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Historicamente, no Brasil, a vacina é um direito fundamental social previsto na Constituição Federal, no Estudo da Criança e Adolescente e no Estatuto do Idoso, os últimos para assegurar a saúde de crianças, adolescentes e idosos. Garantir esse direito tem sido o papel do enfermeiro como gestor, educador em saúde, na promoção de estratégias para convencer os usuários de seus benefícios, garantir o cumprimento da agenda vacinal, o controle e a contenção de doenças graves.

A articulação de competências gerenciais e assistenciais na APS e empoderamento do enfermeiro para alcançar os objetivos da campanha *Nursing Now*, com metas para 2020 - no sentido de melhorar as percepções dos enfermeiros, aumentar sua influência, para garantir a saúde e o cuidado para todos - ainda tem sido um grande desafio. As campanhas nacionais de vacinação, as quais alcançaram o crescimento da conscientização social a respeito da cultura em saúde, ainda são necessárias, devido ao aumento do movimento antivacina e da reincidência

de casos de doenças que já se encontravam erradicadas através da vacinação.

A sensibilização da população com relação à campanha de vacinação, através de estratégias educacionais de saúde em tempos de coronavírus, foi fundamental para uma diferenciação entre as doenças, e para resguardar os portadores de doenças respiratórias, grupo de risco em relação ao COVID-19.

Ainda há muitos obstáculos a serem vencidos, para que 100% da população brasileira realize o calendário vacinal. O enfermeiro como agente transformador de uma realidade, com base nas suas competências, habilidades e atitudes, pode ser um facilitador nesse processo e, juntamente com o trabalho articulado com a equipe multidisciplinar, tem o desafio de promover a qualidade de vida das pessoas e da comunidade.

REFERÊNCIAS

1. Ayres, L.F.A.; Amorim, W.M.; Piva, T.C.C. E Porto, R.F. As estratégias de luta simbólica para a formação da enfermeira visitadora no início doséculoXX. História, Ciências, Saúde — Manguinhos, Rio de Janeiro, 2012; 19(3). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702012000300005. Acesso em: 11 de Junho de 2020.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Centro Cultural da Saúde. Campanha Nacional de Vacinação Contra a Varíola. Revista da Vacina, s.d. Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/revolta/campanha2.html>. Acesso em: 5 de junho de 2020.
3. _____. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Imunizações: 30 anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_30_anos_pni.pdf. Acesso em: 22 de março de 2020.
4. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2008.pdf. Acesso em: 24 de março de 2020.

5. _____. Ministério da Saúde. Protocolo de manejo clínico do coronavírus (Covid-19) na Atenção Primária à Saúde. Brasília; 2020a. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/20/20200318-ProtocoloManejo-ver002.pdf>>. Acesso em: 19 jun 2020.
6. _____. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. PORTARIA Nº 188, DE 3 DE FEVEREIRO DE 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Brasília, 2020b
7. _____. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. LEI Nº 13.979, DE 6 DE FEVEREIRO DE 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Brasília, 2020c.
8. _____. Ministério da Saúde. Informe Técnico. 22ª Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza. Brasília, 2020d
9. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. ANEXO: 22ª. Semana Nacional de Vacinação contra Influenza e atualização da terceira fase. Brasília-DF, 2020e.
10. _____. Ministério da Saúde. Fast-track para Atenção Primária em locais com transmissão comunitária - fluxo rápido. Brasília, 2020f. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200327_N_20200327FASTTRACKver-06Final_2957763240155707751.pdf>. Acesso em: 18 jun 2020.
11. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. Coronavírus e Campanha de Vacinação Contra Influenza e Estratégia de Vacinação Contra o Sarampo na Atenção Primária. Brasília, 2020 g.
12. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. Coronavírus e campanha de vacinação contra influenza e estratégia de vacinação contra sarampo na atenção primária. Brasília-DF, 2020.
13. _____. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Departamento de Atenção à Saúde Indígena. Coordenação de Gestão da Atenção da Saúde Indígena. NOTA INFORMATIVA Nº 2/2020-COGASI/DASI/SESAI/MS. Medidas para reaver casos de Coronavírus em indígenas e profissionais dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Brasília: 2020h

14. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2008.pdf. Acesso em: 24 de março de 2020.
15. _____. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Imunizações: 30 anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_30_anos_pni.pdf. Acesso em: 22 de março de 2020.
16. Cabral, D. INSTITUTO VACÍNICO DO IMPÉRIO. Portal Arquivo Nacional, 2016. Disponível em: <http://mapa.an.gov.br/index.php/menu-de-categorias-2/366-instituto-vacnico-do-imperio>. Acesso em: 5 de julho de 2020.
17. Castro, J.c.; Lopes, A.a.l.; Fonseca, M.r.f.; Velloso, V.p.; Madureira, F.j.c. Escola De Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública. Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930), s.d. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/pdf/escenfan.pdf>. Acesso em: 9 de julho de 2020.
18. Faria, L. Educadoras Sanitárias e Enfermeiras de Saúde Pública: identidades profissionais em construção. Cadernos Pagu, Campinas, n. 27, jul./dec. 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-83332006000200008&script=sci_arttext. Acesso em: 10 de julho de 2020.
19. Farias, E; Costa, E. Coronavírus: Indígenas estão sendo infectados dentro das Casas no Amazona e Roraima. Amazônia Real. 2020. Disponível em: <https://amazoniareal.com.br/coronavirus-indigenas-estao-sendo-infectados-dentro-das-casais-no-amazona-e-roraima/>. Acesso em: 14 jun 2020.
20. Fernandes, T. Vacina antivariólica: seu primeiro século no Brasil (da vacina jenneriana à animal). História, Ciências, Saúde-Manguinhos, Rio de Janeiro, 1999; 6(1):29-51.
21. Fonseca, M.R.F.; Lopes, A.A.L.; Hansen, P.S.; Madureira, F.J.C. INSTITUTO VACÍNICO MUNICIPAL. Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930), s.d. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/instvacmun.htm>. Acesso em: 9 de julho de 2020.
22. Galavote, H.S.; Zandonade, E.; Garcia, A.C.P.; Freitas, P.S.S.; Seidl, H.; Contarato, P.C.; Andrade, M.A.C.; Lima, R.C.D. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. Rev. Esc Anna Nery. v.20, n.1, p.90-8. 2016.

23. Gazêta, A.A.B. Dossiê História e Saúde: com a varíola, nasce a saúde pública. *História Viva*. 2006; 134:14-19. Disponível em: < <https://idd.org.br/wordpress/wp-content/uploads/2016/04/Guerra-%C3%A0s-epidemias.pdf>>. Acesso em: 4 de junho de 2020.
24. Guarany, S. Da vacinação e revacinação no Brasil. Memória apresentada à Academia Imperial de Medicina do Rio de Janeiro'. *Gazeta Médica do Rio de Janeiro*, 1863, n. 23.
25. Hochman, G. Vacinação, varíola e uma cultura da imunização no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011; 16(2):375-386. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000200002>. Acesso em 12 jun. 2020.
26. Hochman, G., Arretche, M.; Marques, E. Políticas públicas no Brasil. 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, cap. 12, p. 379, 2007. https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701999000200002. Acesso em: 9 de junho de 2020
27. Lee, R. 'Ligações sobre as inoculações sífilíticas e de suas relações com a vacinação'. Trad. V. de Saboia. *Gazeta Médica do Rio de Janeiro*, 1863, n. 10.
28. Lopes, M.B.; Polito, P. Para uma história da vacina no Brasil: um manuscrito inédito de Norberto e Macedo. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, 2007;14(2):595-605. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v14n2/10.pdf>. Acesso em: 14 de julho de 2020.
29. Maia, M.L.S.; Ballalai, I.; Nehab, M. Movimento antivacina e suas ameaças. Repositório Institucional Fiocruz, 2019. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/33659>. Acesso em: 5 de julho de 2020
30. Mello, G.; Oliveira, A.L.M.; Guidolin, A.P.; Caso, C.; David, G.; Nascimento, J.C.; et al. A Coronacrise: natureza, impactos e medidas de enfrentamento no Brasil e no mundo. Centro de Estudos de Conjuntura e Política Econômica - IE/UNICAMP. Nota do Cecon, n.9, março de 2020. Disponível em: http://www3.eco.unicamp.br/images/arquivos/nota_cecon_coronacrise_natureza_impactos_e_medidas_de_enfrentamento.pdf. Acesso em: 14 jun 2020.
31. Mendonça, C.S.; Rosset, I.; Gonçalves, M.R.; Bastos, C.G.M.; Medeiros, A.F.; Dias, A.V.; et. al. Resposta Assistencial de um Serviço Docente Assistencial de APS à pandemia do COVID-19. *APS em Revista*, 2020 2 (1):33-37. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/aps.v2i1.63>. Acesso em: 15 jun 2020
32. Meneses, A.S. Gerenciamento Emergencial de Recursos da Atenção Primária à Saúde no Enfrentamento à Pandemia da COVID - 19. *SciELO Preprints*, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.557>

33. Mizuta, A.H.; Succi, G.M.; Montalli, V.A.M.; Succi, R.C.M. Percepções Acerca da Importância das Vacinas e da Recusa Vacinal numa Escola de Medicina. *Rev Paulista de Pediatria*, 2019; 37(1):34-40.
34. Nahas, T.C.; Martinez, L. Considerações sobre as medidas adotadas pelo Brasil para solucionar os impactos da pandemia do COVID-19 sobre os contratos de trabalho e no campo da Seguridade Social e da de prevenção de riscos laborais. SCIELO, 2020. Disponível em: <http://www.cielolaboral.com/consideracoes-sobre-as-medidas-adotadas-pelo-brasil-para-solucionar-os-impactos-da-pandemia-do-covid-19-sobre-os-contratos-de-trabalho-e-no-campo-da-seguridade-social-e-da-de-prevencao-de-riscos-labor/>. Acesso em: 13 jun 2020.
35. Nascimento, L.F.; Pacheco, A.E.S.D. Sistema de Saúde Público no Brasil e a pandemia do novo coronavírus. *Rev UFRR*. Ano II, Vol. 2, n.5. Boa Vista, 2020. Disponível em: <http://doi.org/10.5281/zenodo.3759724>. Acesso em: 13 jun 2020.
36. Nightingale, F. Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é. Tradução de Amália Correa de Carvalho. São Paulo: Cortez; 1989.
37. Nursing Now Brasil. Metas para 2020. Disponível em: <http://nursingnowbr.org/metas-2020>. Acesso em: 19 jun 2020.
38. OPAS/OMS. OPAS pede que países mantenham programas de vacinação durante pandemia de COVID-19. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6152:opas-pede-que-paises-mantenham-programas-de-vacinacao-durante-pandemia-de-covid-19&Itemid=820. Acesso em: 14 jun 2020.
39. Rio de Janeiro (Cidade). Secretaria Especial de Comunicação Social. 1904 - Revolta da Vacina. A maior batalha do Rio. Rio de Janeiro: A Secretaria, 2006. (Cadernos da Comunicação. Série Memória) Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4204434/4101424/memorial6.pdf> Acesso em: 13 de junho de 2020
40. Sangalette, B.S.; Gomes, B.P.G.; Emídio, T.; Shinohara, A.L.; Colete, J.Z.; et al. Combate ao novo coronavírus - a real situação comparada às pandemias anteriores. *Braz J Hea Rev. Curitiba*, 2020; 3(3):5441-47. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n3-116>. Acesso em: 13 jun 2020
41. Santos, A.G.; Sanna, M.C. A participação da enfermeira na campanha de erradicação da Varíola no Estado de São Paulo no período 1968-1973. *Rev Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, 2006; 10(3):470-77. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000300016. Acesso em: 14 de julho de 2020.

42. Sarti, T.D.; Lazarini, W.S.; Fontenelle, L.F.; Almeida, A.P.S.C. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? *Rev. Epidemiol. Serv. Saude*; 2020, 29(2):1-5.
43. Soares, F. Ações de Enfermagem Frente ao Fenômeno da Não Imunização. Biblioteca Virtual de Enfermagem, Brasília, 25 de julho de 2019. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/acoes-de-enfermagem-frente-ao-fenomeno-da-nao-imunizacao/>. Acesso em: 26 de junho de 2020.
44. Sociedade Brasileira de Imunização. Nota técnica de vacinação de rotina durante a pandemia COVID-19. Disponível em: <<https://sbim.org.br/images/files/notas-tecnicas/nota-tecnica-sbim-vacinacao-rotina-pandemia.pdf?sa=D&ust=1592919945468000&usg=AFQjCNFMooVOr9QGf3kY658Z7XfTMIblw>>. Acesso em: 18 de jun 2020.
45. Temporao, J.C. O Programa Nacional de Imunizações (PNI): origens e desenvolvimento. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, 2003; 10(supl. 2):601-617. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702003000500008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 de junh de 2020 <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702003000500008>.
46. Vale, E.P.; Rodrigues, G.M.; Costa, D.P.; Queiroz, J.M.; Lima, D.G.; et. al. Reorganização da Rede de Atenção a Saúde para o enfrentamento da COVID-19 no município de Canaã do Carajás, Pará. *APS em Revista*. 2020; 2(2):83-90. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/aps.v2i2.101>. Acessado em: 15 jun 2020.
47. Varela, A.; Lopes, A.A.L.; Hansen, P.S.; Madureira, F.J.C. INSTITUTO VACÍNICO DO IMPÉRIO. Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930), s.d. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/instvacimp.htm>. Acesso em: 10 de junho de 2020.
48. Varela, A.; Soares, L.A.; Velloso, V.P.; Fonseca, M.R.F.; MADUREIRA, F.J. ESCOLA PROFISSIONAL DE ENFERMEIROS E ENFERMEIRAS. Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930), s.d. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/escproenf.htm>. Acesso em: 10 de junho de 2020.
49. Verani, J. F. Vacina Antivarióllica: Ciência, Técnica e o Poder dos Homens, 1808-1920. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2011; 27(2). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200022. Acesso em: 10 de junho de 2020.

50. Werneck, G.L.; Carvalho, M.S . A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, e00068820, Abr. 2020. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1036/a-pandemia-de-covid-19-no-brasil-chronica-de-uma-crise-sanitaria-anunciada>. acessos em 10 Jun.: 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00068820>.

51. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-2019): situation report 72. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200401-sitrep-72-covid-19.pdf?sfvrsn=3dd8971b_2>. Acesso em: 18 jun 2020.

REFLEXÕES SOBRE O TRABALHO PARA O IDOSO NO CONTEXTO UNIVERSITÁRIO FRENTE À COVID-19

Antonia Lêda Oliveira Silva

Eugenia Velludo Veiga

Julia Trevizan Martins

Maria Adelaide Silva Paredes Moreira

Maria Helena Palucci Marziale

Maria Lucia do Carmo Cruz Robazzi

INTRODUÇÃO

Pensar o trabalho do idoso, no contexto universitário, constitui um desafio significativo para o docente do ensino superior, que precisa ter bom desempenho e fazer contribuições importantes, em um ambiente de trabalho em constantes mudanças, caracterizado por elevadas demandas de ensino, extensão e pesquisa⁽¹⁾. Nesse sentido tem-se observado um fenômeno interessante em relação aos docentes universitários: muitos com idades superiores aos 60 anos, mesmo em situação de tempo para a aposentadoria, parecem ter motivação suficiente para continuar a trabalhar no âmbito acadêmico, realizar pesquisas, participar de novos projetos, ministrar aulas, participar de eventos científicos, realizar atividades de extensão universitária, orientar na pós-graduação, entre outros. Ou seja, retardam a sua aposentadoria ou passam a professores “seniores”.

Tal realidade era pouco visível há algumas décadas atrás, pois a aposentadoria representava uma espécie de “libertação” das dificuldades do trabalho. No caso da universidade,

significava não precisar mais participar de reuniões, obedecer aos horários, ter produtividade crescente, cumprir tarefas variadas, realizar pesquisas, receber premiações, dignidades universitárias, entre outros.

Esse fato foi modificado e, atualmente, idosos trabalhadores existem, tanto nos ambientes acadêmicos, quanto em outros tipos de trabalho, em vários países. Quando se compara o Brasil com outras nacionalidades, principalmente as ditas mais avançadas, identifica-se que o trabalho do idoso no Brasil ainda é pequeno. Em 2016, entre os brasileiros de 50-65 anos, 24% estavam trabalhando; entre os que tinham 65 anos e mais, a proporção era de apenas 3,5%. No Canadá, as proporções de idosos de 55-59 e 60-64 anos que trabalhavam eram 71% e 51%, respectivamente; na Áustria, eram 67% e 27%; na França, 71% e 28%; na Alemanha, 79% e 56%; na Dinamarca, 81% e 55%; nos Estados Unidos, 69% e 54%; e no Japão, 80% e 64%⁽²⁾. De fato, as taxas reais de participação na força de trabalho de pessoas de 60-64 anos aumentaram nas economias do G7 (Canadá, Japão, Reino Unido, Itália, Estados Unidos, Alemanha e França), que representam as nações mais economicamente desenvolvidas, desde os anos 2000⁽³⁾.

Observa-se, a partir de conversas informais com os acadêmicos e seus pares, que alguns expressavam sentir certo tipo de “pressão” por parte de docentes mais jovens, ao mesmo tempo em que eram questionados sobre suas aposentadorias, pelas expectativas de ocupação de suas funções. Ainda foram verbalizadas situações de desentendimento com graduandos e com os funcionários não docentes, possivelmente pelas diferenças de idades entre eles. Além disso, está acontecendo o agravamento do trabalho para o idoso docente frente à situação de pandemia que se enfrenta mundialmente, em diferentes instancias do trabalho acadêmico: tempo em trabalho remoto, situação de trabalho para exercê-lo e o próprio isolamento social em si.

No âmbito da educação superior de Enfermagem norte-americana, esse problema foi identificado desde 1989. O envelhecimento do corpo docente estava acontecendo, e os professores esforçavam-se para estabelecer e manter suas posições no meio do colegiado, enfrentando, simultaneamente, o impacto do processo de envelhecimento e demais eventos associados. Nesse sentido, foram pensadas algumas estratégias para amenizar os resultados prejudiciais, frequentemente associados à questão desse corpo docente em envelhecimento⁽⁴⁾.

Assim sendo, a motivação para a elaboração deste texto partiu das vivências de suas autoras, todas docentes universitárias e que se encontram em diferentes situações de trabalho: duas aposentadas, uma em situação de requerer a sua aposentadoria e as demais em atividades, ou seja, estão vivendo a realidade da docência universitária, suas benesses e dificuldades, principalmente, em tempo de pandemia. Para tanto, este texto tem o objetivo de tecer considerações sobre os diferentes aspectos do trabalho para o idoso no contexto universitário, salientando o momento de isolamento social e a COVID-19.

A UNIVERSIDADE E SUA COMPLEXIDADE

A academia/universidade é o local de geração de conhecimentos, cultura e educação superior, que procura atender aos desafios que acontecem na sociedade⁽⁵⁾. Trata-se de um espaço privilegiado para conhecer a cultura universal e as várias ciências, para criar e divulgar o saber⁽⁶⁾; é o local de ocorrência de uma enriquecedora transição, do alunado, da adolescência para a juventude e, após, para a idade adulta; tem o papel de formar a cidadania e desenvolver a inquietude do ser social⁽⁷⁾. Nesse local constrói-se o conhecimento científico mediante diferentes formas de interações com as práticas, ofertando condições que estimulam a reflexão, a capacidade de observação, a análise crítica e a resolução de problemas, possibilitando a autonomia

de ideias e a formulação de pressupostos⁽⁷⁻⁸⁾. Constitui-se um continente de multiplicidade e variedade de conhecimentos. E dela derivam os mais surpreendentes efeitos, como o do impacto das marcas de civilização, que a memória registra sobre os rumos da ciência⁽⁹⁾.

A universidade faz ciência, ou seja, estimula a participação nas trocas de conhecimentos, operando com diferentes tipos de intermediários, procurando conduzir a expansão do saber pelo ciclo de acumulação, auxiliando a decisão entre a verdade e o falseamento do real, comprovando experimentos, inclusive os de cunho social⁽¹⁰⁾. A missão acadêmica transcende a formação ou a produção de bons profissionais. A universidade é a principal responsável pela geração e organização do conhecimento e preservação da cultura⁽¹¹⁾; é geradora da ciência e faz avançar o conhecimento e a tecnologia⁽⁵⁾. Em seu âmbito, os docentes difundem valores ou formulam análises de ordem geral, além de serem responsáveis pelas matérias curriculares⁽¹²⁾.

Logo, com o seu crescimento, a universidade tornou-se complexa, apresentando problemas que percorrem tanto a sua gestão, por exemplo, a sua organização; quanto à maneira de lidar com seus aspectos técnico-científicos e culturais. A instituição agigantou-se, burocratizou-se e passou a solicitar cada vez mais dos que estão envolvidos diretamente com ela. Assim, o alcance de metas e objetivos é enfatizado, bem como os resultados de pesquisas inéditas, titulação de alunos, laboratórios de ensino e pesquisa, projetos captadores de fomentos, projetos de extensão, programas culturais, criação de patentes; toda esta relação de atividades demanda tempo, dispendio de energia e, muitas vezes, recursos vultosos, além de constituir-se em fatores estressantes ao conjunto de pessoas que nela atuam. Exige-se resultados e esde trabalho conjunto vai ocasionar sucesso ou não dos objetivos e metas traçadas⁽¹³⁾. Acresce-se, que um daqueles mais cobrados é o professor que atua no âmbito universitário, independentemente da situação

de trabalho, principalmente na situação que o mundo se encontra, frente a pandemia.

O DOCENTE UNIVERSITÁRIO

A universidade é uma instituição complexa e possui particularidades, que se aglutinam em prol da produtividade acadêmica. As exigências dessa produtividade envolvem o corpo discente de graduação, de pós-graduação, os docentes e os técnicos-administrativos, isso é, todos interagindo e interagindo entre si. São contabilizados os projetos obtidos com financiamentos, os grupos de pesquisas, a publicação científica⁽¹²⁾, as atividades de extensão, a quantidade e características de cursos de graduação, de pós-graduação *lato* e *stricto sensu*, as participações em eventos, os intercâmbios com o exterior, o seu impacto social, entre outros vários aspectos; em que a expressiva quantidade desses elementos é realizada exclusivamente pelos docentes. Então, o professor necessita ter equilíbrio para conseguir prosseguir com sua vida pessoal e acadêmica, sem ter prejuízos individuais, familiares e universitários.

Nesse sentido, nos Estados Unidos, estudo realizado com docentes universitários mostrou que um desafio, comum para eles, refere-se às decisões relacionadas à alocação de tempo entre as tarefas de pesquisa, ensino e serviço. Assim, foram investigadas as associações de seus perfis latentes com o equilíbrio entre trabalho e família, satisfação laboral, comprometimento afetivo e intenções de rotatividade, apontando quatro perfis de docentes: aqueles com foco em pesquisa, os com foco em ensino, os com o clássico foco em pesquisa e ensino e aqueles voltados ao ensino e serviço. As mulheres são as mais propensas ao perfil de ensino em comparação com o perfil de pesquisa, já o perfil de pesquisa está associado ao menor número de horas de trabalho doméstico. Os membros do perfil clássico têm o maior equilíbrio entre trabalho e família e satisfação no

trabalho, enquanto os do perfil de ensino são os mais baixos em cada correlato. Logo, os resultados sugerem que ter equilíbrio de demandas gratificantes e enriquecedoras produz os resultados mais positivos⁽¹⁴⁾.

No trabalho docente observa-se a competitividade individual entre os pares por recursos, com gratificações diferenciadas segundo o projeto financiado. Existe, também, a aproximação do mercado com as universidades, referentes aos incentivos sobre a inovação e pesquisa científica⁽¹⁵⁾. Professores universitários são formadores de opinião, são modelos de identidade para seus educandos^(7,16), sua jornada é extensa e, muitas vezes, ministram aulas para indivíduos desinteressados. As múltiplas exigências implicam em realização de pesquisas, obtenção de fomentos, crescimento na carreira, orientações variadas, entre outros⁽¹⁷⁾.

Ressalta-se que esse professor/pesquisador é avaliado e cobrado quantitativa/qualitativamente em relação ao número de artigos publicados, participações em eventos, publicações em periódicos indexados. Além disso, deve produzir conhecimento em quantidade e qualidade, sem se descuidar das tarefas de graduação, do número de turmas, de alunos por turma, de horas-aula, de seminários, de horas-plantão, de orientações extras-plantões⁽⁷⁾, além das atividades de extensão.

A exigência de produtividade recai, em grande parte, sobre ele. Além dos aspectos anteriormente mencionados ao professor/pesquisador, são direcionadas variadas incumbências, como: contatar fornecedores de peças e equipamentos, elaborar relatórios e projetos, preencher formulários, servir de ponte entre a pesquisa e o órgão de fomento, conhecer as regras de avaliação, captar alunos, montar e gerenciar laboratórios, informar-se, atualizar-se, formar grupos⁽¹⁰⁾, entre outros.

Em uma universidade pública brasileira, realizou-se uma investigação com 86 professores sobre a organização do trabalho, 54,7% mostraram-se insatisfeitos com a desproporcionalidade

entre a responsabilidade exigida e a remuneração percebida, 37,2% afirmaram estar descontentes com o seu trabalho, mas 54,7% nunca haviam pensado em mudar de emprego⁽¹⁸⁾.

Nesse sentido foi realizado um estudo para analisar a organização do trabalho dos professores universitários, mostrando que prepondera, no cenário acadêmico, o uso de fortes pressões organizacionais e, em consequência, produz-se a intensificação do trabalho, com destaque para o aumento da exigência de produtividade acadêmica. O tema da sobrecarga laboral do professor é recorrente e prevalece a ideia de menor disponibilidade de tempo para o lazer⁽¹⁹⁾.

Sabe-se que a rotina de trabalho pode gerar situações propícias às competições⁽²¹⁾ e rivalidades entre as pessoas e grupos de pesquisa⁽²⁰⁾. Pois é preciso obter indicadores superiores aos seus colegas, pelo prestígio, reconhecimento pessoal e acadêmico. Tais aspectos podem originar atritos⁽²⁰⁾, situações estressantes e assediadoras⁽²¹⁾, uma vez que ambientes complexos e multifacetados tendem a favorecer a presença de diversificados estressores laborais e alterações à saúde entre os que ali trabalham ou estudam. Acresce-se que, possivelmente, essas modificações na saúde tornam-se mais intensas entre os indivíduos idosos.

O DOCENTE IDOSO NO ENSINO UNIVERSITÁRIO

O prolongamento da carreira dentro da universidade não é exclusividade de alguns professores, o número dos que continuavam atuando com idade superior a 65 anos foi de 14.232 em um total de 71,2 mil, de acordo com o último censo divulgado pelo Ministério da Educação (MEC) e realizado em 2013. Na faixa dos 60 aos 64 anos, contabilizaram 20.548 em exercício⁽²²⁾.

Nas universidades, observa-se a ocorrência de encontros de várias gerações, criando oportunidades de processos informais de educação, o mais lembrado é o encontro do aluno com seus professores. Ocorrem, também, interações entre alunos e funcionários

e entre os estudantes mais novos e os mais velhos, que podem deflagrar interessantes processos coeducativos⁽²³⁾ e socioeducativos. Além disso, identifica-se a presença de vários idosos, entre os que trabalham em serviços técnico-administrativos, entre os que são docentes e, inclusive entre o próprio alunado. Especificamente, nos cursos superiores de Enfermagem, isso representa uma preocupação, tendo em vista o impacto que pode gerar na preparação da futura força de trabalho dessa profissão⁽²⁴⁾.

A presença de professores idosos, nos ambientes das universidades, parece ser uma realidade de vários países, independentemente da situação de trabalho e no momento que o mundo vive uma experiência única de pandemia.

Nos Estados Unidos, nas faculdades de Enfermagem, a aposentadoria do corpo docente tem sido uma preocupação crescente, dado o impacto que pode ter na preparação dos futuros profissionais. Os docentes idosos são valorizados pelos líderes acadêmicos da profissão, trazendo sabedoria, experiência e consciência institucional, histórica e cultural aos seus muitos papéis. No entanto, alguns desses professores não conseguem manter atualizados os conhecimentos, habilidades e modos de ensino, particularmente aos bacharelados. Fato problemático, considerando os múltiplos desafios ambientais que os líderes acadêmicos de Enfermagem enfrentam. Tem-se, então, a concepção que os líderes e os membros idosos do corpo docente de Enfermagem podem diminuir as incongruências, reajustando-se para lidar com as pressões e mudanças contínuas⁽²⁵⁾. Ainda no âmbito norte-americano, pesquisa evidenciou que a abolição da aposentadoria compulsória levou a um aumento substancial na fração de professores universitários que ainda trabalhavam aos setenta anos. Em particular, as taxas de aposentadoria de 70 e 71 anos caíram dois terços, para um nível comparável ao dos professores de 69 anos. À época, os autores supuseram que universidades e faculdades americanas sofreriam um aumento no número de professores mais velhos⁽²⁶⁾.

Na realidade europeia, em especial na Escócia, no ensino superior há profissões em que, costumeiramente, a idade e a experiência são valorizadas e existe uma tradição de se envolver com o mundo do trabalho, além da idade prevista para a aposentadoria⁽²⁷⁾. Na Alemanha, para os professores universitários aposentados ou prestes a aposentar-se há o plano “Professores Sênior 65+”, o qual possibilita aos professores titulares, com idade para se aposentar, candidatar-se a um cargo de professor sênior. Com a aprovação dos gestores das universidades, o docente continua a atividade de pesquisa, pode solicitar novo subsídio público ou privado, usa as facilidades disponíveis da instituição (incluindo um escritório), participa da vida acadêmica da universidade sem se envolver na sua administração, ou seja, na tomada de decisões, na contratação de pessoal ou na compra de equipamentos. Os contratos duraram três anos e podem ser renovados, de comum acordo, com a administração local⁽²⁸⁾.

Na Inglaterra, estudo identificou que os acadêmicos desejavam trabalhar além da aposentadoria, refletindo a natureza específica do trabalho. A pesquisa não se limitou ao corpo docente, considerando-se que as instituições superiores de ensino empregam funcionários em uma ampla gama de funções, incluindo pessoal operacional, administrativo e de suporte, o que reflete mais amplamente a esfera do emprego⁽²⁹⁾. A equipe acadêmica sênior costuma permanecer além da idade legal para a aposentadoria, pois conta com benignas condições de trabalho, elevados retornos privados e sociais à experiência e ao conhecimento, altos níveis de habilidades, força de trabalho e outras capacidades que não degeneram com a idade. Esses elementos combinam-se para prolongar a duração da vida profissional efetiva⁽²⁷⁾. Docentes idosos costumam continuar trabalhando, nos mesmos locais de trabalho de antes da aposentadoria, enquanto desejarem trabalhar, a exemplo do que ocorre também em Portugal.

Similarmente, no Brasil, algumas investigações foram conduzidas. Estudo objetivou compreender o sentido do trabalho para o professor idoso de ensino superior, e os dados foram coletados por meio de pesquisa de campo. Foram entrevistados 16 docentes, doze homens e quatro mulheres, residentes no Rio de Janeiro e em Juiz de Fora, com idades entre 64 e 78 anos, entre março a junho de 2015. Posteriormente, foram analisadas por meio do método da análise de conteúdo. Percebeu-se que o trabalho para os sujeitos entrevistados era de extrema importância, que a aposentadoria era indesejada, além de temida e que os professores sentiam preconceito no trabalho, por conta de sua idade. Nas relações de gênero existentes no ambiente profissional, evidenciou-se o preconceito não declarado por parte dos homens frente ao trabalho feminino⁽³⁰⁾.

Uma investigação realizada com dez professores universitários de São Paulo mostrou que o trabalho docente na velhice é relacionado ao prazer e a possibilidade de contribuir na formação dos alunos e de uma sociedade melhor; o que os participantes consideram uma dimensão positiva. No que se refere à visão do próprio envelhecimento, ao abordarem o equilíbrio entre os ganhos e as perdas advindos da aposentadoria, os entrevistados apontaram tanto os pontos negativos de envelhecer na profissão, quanto os positivos. Destacaram conteúdos relacionados às limitações físicas, os quais são compensados pelo prazer que a profissão docente oferece e pela valorização do conhecimento que eles carregam em suas trajetórias profissionais⁽³¹⁾.

Nesse sentido, o estudo que teve por base explorar dimensões subjetivas sobre a velhice, trabalho e aposentadoria entre professores universitários com mais de 60 anos e que continuam no trabalho, mostrou as dimensões negativas associadas à velhice, em que os entrevistados desvinculavam velhice e aposentadoria do trabalho em razão da sua valorização, por considerá-lo um aspecto central da vida. Assim, manter o vínculo empregatício oferece diversos ganhos, como: permanecer na

valorizada condição de trabalhador, afastar os fantasmas de perdas e limitações da velhice e, por fim, permitir articular aposentadoria e continuidade do vínculo empregatício⁽³²⁾.

Pesquisa realizada sobre a velhice bem-sucedida procurou conhecer o que pensavam 40 professores universitários, com mais de 60 anos, sobre uma velhice saudável, com ênfase no trabalho e na aposentadoria. Os autores concluíram que os professores consideraram importante a capacidade psíquica para lidar com as novas situações, seguida do engajamento em atividades diversas, para a construção de uma velhice bem-sucedida⁽³³⁾.

Embora os docentes idosos tenham muito a contribuir, ainda há preconceitos a serem vencidos, assim como apontou pesquisa sobre as consequências do envelhecimento, retratando suas implicações no trabalho docente, enquanto dimensões importantes a serem vencidas. Isso, por serem capazes de desencadear sensações de sofrimento e gerar a banalização da competitividade. Tais situações causam a sensação de obsolescência relacionado com o conflito entre as diferentes gerações, ao avanço tecnológico e ao desenvolvimento de novos conhecimentos⁽³⁴⁾.

AS ALTERAÇÕES DE SAÚDE QUE PODEM OCORRER AO DOCENTE IDOSO NO ENSINO UNIVERSITÁRIO

Na saúde, aponta-se um número significativo de diversas alterações encontradas em professores universitários, que envolvem desde hábitos indesejáveis até a convivência com agentes variados de riscos, com evidências tanto no âmbito nacional, quanto internacional, envolvendo tanto docentes, quanto outros segmentos das universidades⁽³⁵⁻⁴⁰⁾.

Acresce-se que esses docentes encontram-se, também, expostos às possibilidades de adquirir enfermidades, decorrentes da sua própria condição de envelhecimento, com o funcionamento físico e algumas capacidades diminuídas. Embora o

avanço da idade, por si só, não seja um indicador suficiente e capaz de determinar as condições de saúde de um idoso.

Parecem existir interações entre vários elementos, para que haja interferência no processo de envelhecimento. Então, as interações entre os fatores genéticos e ambientais podem interferir no processo de envelhecimento que, por sua vez, pode também ser influenciado por fatores extrínsecos, como tabagismo, sedentarismo, hábitos de vida, aspectos sociais, psicológicos e culturais. Além disso, associações entre o declínio natural da capacidade funcional a outras alterações extrínsecas contribuem para que a velhice seja marcada por diminuição da autonomia e da dependência física⁽⁴¹⁾.

O envelhecimento é considerado, desse modo, um processo heterogêneo, não se apresentando linearmente, pois varia desde sistemas orgânicos aos psicossociais. Depende, não apenas na condição genética, mas, sobretudo dos hábitos que o indivíduo tem ao longo da vida. Entendê-lo é importante, não apenas para compreender a etiologia associada aos processos degenerativos que lhe estão associados, mas fundamentalmente para conhecer e desenvolver estratégias que atenuem os efeitos da senescência⁽⁴²⁾.

Nesse processo acontecem alterações estruturais e funcionais do sistema circulatório, as quais facilitam o desenvolvimento de doenças cardiovasculares no idoso, que é mais vulnerável e apresenta comportamentos heterogêneos e peculiares, pois sofre a influência de fatores sociais, econômicos, ambientais e das comorbidades. Os efeitos do envelhecimento sobre o aparelho cardiovascular alteram os conceitos de normalidade atribuídos à população mais jovem, tendo em vista que é capaz de produzir progressivas alterações cardíacas estruturais e funcionais⁽⁴³⁾.

A hipertensão arterial (HA), por exemplo, é uma doença altamente prevalente em indivíduos idosos, tornando-se fator determinante na elevada morbidade e mortalidade entre eles. Essa hipertensão pode lesar alguns órgãos-alvos e é um fator de

risco para a ocorrência de Acidentes Vasculares Cerebrais, Insuficiência Cardíaca Congestiva, Insuficiência Renal, entre outros problemas severos. Nesses indivíduos, os fatores de risco tradicionais continuam sendo importantes, sua prevalência aumenta de forma progressiva com o envelhecimento, resultando nas altas taxas observadas em indivíduos com mais de 65 anos de idade⁽⁴⁴⁾.

Outro problema de saúde que pode acometer aos idosos é a osteoporose, doença osteometabólica mais comum em ambos os sexos e que possui forte impacto na qualidade de vida e na sobrevivência dessas pessoas. A ocorrência de fraturas osteoporóticas aumenta sensivelmente a morbimortalidade e a perda funcional do indivíduo acometido. A perda óssea pode acontecer em qualquer período da vida, mas, principalmente, na velhice e contribuem para que aconteçam as quedas nos idosos⁽⁴⁵⁾.

Acresce-se que a população idosa ainda apresenta um problema relevante que é a deficiência nutricional. Tanto as mudanças fisiológicas e patológicas, como o uso de variados medicamentos e modificações nos aspectos econômicos e sociais, acabam por interferir no apetite, no consumo de alimentos e na absorção dos nutrientes, podendo aumentar o risco de desnutrição entre os idosos. E sabe-se que existe uma importante inter-relação entre o estado nutricional e o sistema imunológico, tendo em vista que os micronutrientes influenciam diretamente na estrutura e função das células de defesa. A qualidade da nutrição e a realização de atividade física podem contribuir para a preservação da atividade do sistema imune, pois as deficiências de alguns microelementos e de vitaminas estão associadas ao decréscimo na função imune⁽⁴⁶⁾.

Vários outros fatores de risco favorecem o aparecimento das alterações na saúde entre as pessoas idosas, e entre tais elementos estão as alterações respiratórias.

A gripe é um desses problemas que acomete os idosos e trata-se de uma infecção respiratória aguda causada pelo vírus *Myxovirus influenzae*, que origina um dos processos infecciosos

de maior morbidade no mundo. As suas manifestações clínicas típicas são: febre, odinofagia, tosse, mialgia, rinite, cefaleia e astenia. Na população idosa, a infecção causada por esse vírus pode levar à complicações como pneumonias virais e bacterianas. Nos períodos de surtos epidêmicos, a enfermidade dissemina-se rapidamente e torna-se responsável por elevadas morbidade e mortalidade, especialmente em idosos⁽⁴⁷⁾.

Relacionados aos sintomas respiratórios, na atualidade, tem-se a recente questão da COVID-19. Essa enfermidade surgiu na Ásia, transformou-se rapidamente em uma pandemia e é causada pelo coronavírus 2, da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2). Desde dezembro de 2019, época de seu surgimento, até agora, seu desenvolvimento vem sendo acompanhado pelas principais instituições de saúde do mundo, tendo sido relatados muitos casos e muitas mortes em diversos países.

Os indivíduos adultos representam a população com a maior taxa de infecção. No entanto, neonatos, crianças e pacientes idosos também podem ser infectados pelo SARS-CoV-2. Casos graves são mais propensos a acometerem pacientes mais velhos, com comorbidades subjacentes, em comparação com casos leves⁽⁴⁸⁾. Os casos publicados ocorreram principalmente em homens, na faixa etária de 8 até 92 anos⁽⁴⁹⁾; todas as populações são geralmente suscetíveis à SARS-CoV-2, entretanto os idosos e as pessoas com doenças subjacentes ou baixa função imune têm maior probabilidade de tornarem-se casos graves⁽⁵⁰⁾. Pessoas de qualquer idade podem ser infectadas pelo SARS-CoV-2, enquanto adultos de meia-idade e mais velhos são, geralmente, afetados pela infecção⁽⁵¹⁾.

A idade e a gravidade da doença podem estar correlacionadas aos resultados do COVID-19. Até o momento, falta tratamento eficaz. No entanto, ensaios clínicos, que investigam a eficácia de vários agentes, estão em andamento. Atualmente, a intervenção eficaz no controle de infecções é a única maneira de impedir a disseminação da SARS-CoV-2⁽⁴⁸⁾. Assim, os idosos

vulneráveis devem ser considerados como foco na prevenção e tratamento da infecção por SARS-CoV-2.

Estudo brasileiro, recente publicado, mediu a ocorrência de multimorbidade e estimou o número de indivíduos na população brasileira com 50 anos ou mais em risco para COVID-19 grave. Os autores utilizaram dados da linha de base do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI), conduzido em 2015–2016, com 9.412 indivíduos com 50 anos ou mais. O desfecho do estudo foi a ocorrência de multimorbidade, baseando-se em uma lista de morbidades consideradas de risco para COVID-19 grave. A gravidade foi avaliada por meio da autoavaliação do estado de saúde, fragilidade e Atividades Básicas da Vida Diária, sexo, idade, região geopolítica e escolaridade que foram utilizadas como covariáveis. Cerca de 80% (≈34 milhões) dos indivíduos apresentaram pelo menos alguma das morbidades avaliadas, a multimorbidade esteve presente em metade da população em estudo (52,0%) sendo, percentualmente, maior nas regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul. As doenças cardiovasculares e obesidade foram as condições mais frequentes. O número de pessoas em envelhecimento no Brasil que apresentam morbidades de risco para COVID-19 grave é alto, em termos relativos e absolutos⁽⁵²⁾.

Diante do exposto até então, supõe-se que o docente universitário, se for idoso, como tratado até então neste capítulo, vai se encontrar com maior possibilidade de adquirir a infecção pela COVID-19, considerando-se que é parte de um grupo de risco para essa enfermidade e, ainda, tendo a sua própria fragilidade decorrente da idade. Desse modo, é importante o planejamento de estratégias de enfrentamento do novo coronavírus, em diferentes etapas da pandemia, voltadas aos idosos em geral e englobando os professores universitários.

Sabendo-se que esse docente pode apresentar numerosas atividades no âmbito acadêmico, uma das estratégias a serem adotadas e que devem ser cumpridas é a comunicação com

seus alunos e parceiros, por meio das tecnologias informatizadas disponíveis, que vai ajudá-los a manter-se biologicamente seguro em sua própria residência, prática essa adotada em quase todos os ambientes universitários.

Cabem às universidades proteger a saúde de seus membros, compostos por alunos, servidores técnico-administrativos e professores. Ao oferecer serviços de comunicação online para que as aulas e cursos não fiquem interrompidos, oferecer cursos e capacitações, além de proporcionar, institucionalmente, protocolos de segurança biológicos a serem adotados, com monitoramento e orientação para os seus. Assim, diminui-se a exposição de todos ao ataque pandêmico viral, inclusive dos docentes idosos, que poderão se manter saudáveis, sem adoecimentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este texto procurou tecer algumas considerações sobre os diferentes aspectos que envolvem o trabalho do docente idoso no contexto universitário, com alguns destaques à situação de pandemia vivenciada pelo mundo frente à COVID-19. As considerações teóricas apresentadas acerca desse professor do contexto universitário, que permanece em atividades acadêmicas, mostram que esse é um fenômeno mundial e acontece em vários países. Tal fato é indicativo de que esse professor/pesquisador não deseja a sua aposentadoria, pois: sente-se ainda útil e colaborativo; recebe valorização dos líderes acadêmicos da profissão; mostra ter sabedoria, experiência e consciência institucional, histórica e cultural; com a manutenção do vínculo empregatício recebe ganhos, mantendo-se como trabalhador e afasta os medos de perdas e limitações da velhice; tem razoáveis condições de trabalho; elevados níveis de habilidades, força de trabalho e outras capacidades que não degeneram com a idade; seu trabalho é ligado ao prazer e à possibilidade de contribuir na formação dos alunos e de uma sociedade melhor.

Entretanto, mesmo tendo sido observado em diferentes estudos e pesquisas a existência de um pensamento consensual sobre a valorização do seu trabalho, ainda se identifica a presença de sentimentos negativos sobre o docente idoso, em particular, no âmbito nacional. Ele pode vivenciar sentimento de rejeição quando é considerado ultrapassado e quando outros colegas desejam ocupar seus lugares nas instituições universitárias, ou seja, há uma espécie de competição velada, fruto do mundo capitalista, conformando para um individualismo acadêmico. É importante salientar que mesmo com toda transformação ocorrida no mundo do trabalho, com a inserção tecnológica cada dia mais avançada frente a força de trabalho humano, o fenômeno da manutenção ou reinserção do idoso no trabalho docente é uma tendência a ser valorizada, em especial, quando se vive mais e melhor, com o mundo deparando-se, cada dia mais, com um envelhecimento ativo e saudável. Nesse sentido, há necessidade de ter-se um replanejamento das políticas públicas voltadas nessa direção.

Acresce-se que o docente idoso pode adoecer, e as universidades devem estar preparadas para proteger todos os seus membros, evitando-lhes as enfermidades, inclusive a virose pandêmica da COVID-19.

Espera-se que tais reflexões possam contribuir para se repensar a participação do docente idoso no contexto acadêmico, como possibilidades de trocas saudáveis, para impulsionar um trabalho mais humanizado e menos competitivo no campo da saúde, em especial, da Enfermagem frente à situação de pandemia.

REFERÊNCIAS

1. Daumiller M, Stupnisky R, Jank S. Motivation of higher education faculty: Theoretical approaches, empirical evidence, and future directions. *International Journal of Educational Research*, 99 [Internet]. 2020. 1015023. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883035519324103>. Acesso em: 5 Jul 2020.

2. Martin JP. Live Longer, Work Longer: The Changing Nature of the Labour Market for Older Workers in OECD Countries [Internet]. 2018 Available from: <https://www.iza.org/publications/dp/11510/live-longer-work-longer-the-changing-nature-of-the-labour-market-for-older-workers-in-oecd-countries>. Acesso em: 25 Jan. 2020.
3. Hirazawa M, Yakita A. Labor supply of elderly people, fertility, and economic development. *J Macroecon* [Internet]. 2017 Mar 1;51:75–96. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0164070416302154>. Acesso em: 28 Oct. 2019.
4. Brooks KL, Shepherd JM. The issue of aging faculty in higher education. *Journal of Professional Nursing*, V 5, Issue 2, March–April [Internet]. 1989, p 77–82; Available from: [https://doi.org/10.1016/S8755-7223\(89\)80010-9](https://doi.org/10.1016/S8755-7223(89)80010-9). Acesso em: 28 Oct. 2019.
5. Ferreira VF. Universidade e inovação tecnológica. Editorial. *Química Nova*, v.25, n.2, p.179 [Internet] 2002. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-40422002000200001. Acesso em: 2 Jul. 2020.
6. Wanderley LEW. O que é universidade? 9a ed. São Paulo: Editora Brasiliense. Coleção Primeiros Passos [Internet] 1988. Available from: <http://ken.pucsp.br/pontoevirgula/article/download/14028/10342>. Acesso em: 2 jul. 2020.
7. Marcovitch J. A universidade (im)possível. São Paulo: Futura [Internet]. 1998. <https://www.amazon.com.br/Universidade-Impossivel-Portuguese-Jacques-Marcovitch/dp/858608283X> Acesso em: 2 jul. 2020.
8. Silva NA, Camillo SO. A educação em enfermagem à luz do paradigma da complexidade. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v.41, p.403-10 [Internet]. 2007. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342007000300009&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 25 Oct. 2019.
9. Brito MB. O que é universidade? *Flash UCG* [Internet]. 2012. Available from: <http://www2.ucg.br/flash/artigos/OQueEUniversidade.htm>. Acesso em: 20 Oct. 2019.
10. Pinho JGT. Cozinhando a geometria de redes de pesquisa com apropriações em ciência: conexões apetitosas para candidatos a gourmet. *Ciência e Cognição*, v.4, p.42-54 [Internet]. 2005. Available from: <http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/509>. Acesso em: 25 Oct. 2019.

11. Consolaro A. O ser professor: arte e ciência no ensinar e aprender. 2a ed. Maringá (PR): Dental Press Internacional [Internet]. 2000. Available from: <https://www.amazon.com.br/Professor-Arte-Ci%C3%Aancia-Ensinar-Aprender/dp/8588020033>. Acesso em: 2 Jul. 2020
12. Marcovitch J. Estudos avançados na universidade. *Estudos Avançados*, v. 25, n. 73, p.127-31 [Internet]. 2011. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142011000300014&script=sci_arttext. Acesso em: 2 Jul. 2020
13. Administração. Em busca da excelência acadêmica. *Jornal da USP, Comunidade*, 11-17 [Internet]. 2012, p.3. Available from: <https://www5.usp.br/91675/usp-permanece-no-topo-da-excelencia-academica-ranking-internacional/>. Acesso em: 20 Oct. 2019
14. French KA, Allen TD, Miller MH, Kim ES, Centeno G. Faculty time allocation in relation to work-family balance, job satisfaction, commitment, and turnover intentions. *Journal of Vocational Behavior*, v120 [Internet]. 2020, 103443. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2020.103443>. Acesso em: 2 Jul 2020
15. Tavares PHS. Cotidiano da universidade pública, trabalho docente e lei de inovação tecnológica. *Trabalho Necessário*, v. 8, n.10 [Internet]. 2010. doi:10.22409/tn.8i10.p6108. Available from: <https://periodicos.uff.br/trabalhonecessario/article/view/6108>. Acesso em: 2 jul. 2020
16. Mosquera JJM, Stobäus CD. Auto-imagem, auto-estima e auto-realização: qualidade de vida na universidade. *Psicologia, Saúde e Doenças*, v.7, n.1, p.83-88 [Internet]. 2006. Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862006000100006 Acesso em: 4 Jul. 2020
17. Witter GP. Professor-estresse: análise de produção científica. *Psicologia Escolar e Educacional*, v.17, n.1, p.33-46 [Internet]. 2003. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-85572003000100004&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 25 Oct. 2019.
18. Lemos JC. Cargas psíquicas no trabalho e processos de saúde em professores universitários. 137 f. 2005. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Tecnológico, Florianópolis [Internet]. 2005. Available from: <http://fatorhumano.paginas.ufsc.br/files/2010/12/JADIR-CAMARGO-LEMONS.pdf>. Acesso em: 4 Jul. 2020

19. Souza KR et al. A nova organização do trabalho na universidade pública: consequências coletivas da precarização na saúde dos docentes. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 22, n.11. p.3667-3676 [Internet]. 2017. doi:10.1590/1413-812320172211.01192016. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017021103667&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 4 Jul. 2020
20. Caran VCS et al. Assédio moral entre docentes de instituição pública de ensino superior do Brasil. *Acta paul. Enferm*, v.23, n.6, p.737-744 [Internet]. 2010. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000600004>. Acesso em: 28 Oct. 2019.
21. Caran VCS. Riscos psicossociais e assédio moral no contexto acadêmico. 2007. 188f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo [Internet]. 2007. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-07012008-134033/>. Acesso em: 28 Oct. 2019.
22. Passos J. A vida universitária após os 70 anos. *Cienc. Cult.* v. 68, n. 1, p. 10-11 [Internet]. 2016. Available from: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252016000100005&lng=en. Acesso em: 25 Oct. 2019.
23. Ferrigno JC. O idoso como mestre e aluno das novas gerações. *Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões* [Internet]. 2016. Available from: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9087/1/O%2520Idoso%2520como%2520mestre.pdf>. Acesso em: 28 Oct. 2019.
24. Fang D, Kesten K, Retirements and succession of nursing faculty in 2016–2025. *Nursing Outlook*, v65, Issue5 [Internet]. 2017, p633-642. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2017.03.003>. Acesso em: 28 Oct. 2019.
25. Falk NL. Retaining the Wisdom: Academic Nurse Leaders' Reflections on Extending the Working Life of Aging Nurse Faculty. *Journal of Professional Nursing*, v30, Issue1 [Internet]. 2014, p 34-42 Jan-Feb 2014, p 34-42. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2013.06.012>. Acesso em: 28 Oct. 2019.
26. Ashenfelter O, Card D. Did the Elimination of Mandatory Retirement Affect Faculty Retirement? *The American Economic Review*, v.92, n.4, p.957-980 [Internet]. 2002. Available from: <https://www.jstor.org/stable/3083289>. Acesso em: 20 out. 2019.

27. Danson M, Gilmore K. Employability and flexible retirement: variations in academia in an age of austerity. *Geoforum*, v.43, n.6, p.1323-1332 [Internet]. 2012. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0016718512001108>. Acesso em: 28 Oct. 2019.
28. Moss AJ. Senior Academic Physicians and Retirement Considerations. *Progress in Cardiovascular Diseases*, v.55, n.6, p.611-615 [Internet]. 2013. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S003306201300056X>. Acesso em: 26 Oct. 2019.
29. Manfredi S, Vickers L. Retirement and Age Discrimination: Managing Retirement in Higher Education. *Industrial Law Journal*, v.38, n.4, p.343–364 [Internet]. 2009. Available from: <https://academic.oup.com/ilj/article-abstract/38/4/343/730982>. Acesso em: 26 Oct. 2019.
30. Nascimento RP et al. Trabalhar é manter-se vivo": Envelhecimento e Sentido do Trabalho para Docentes do Ensino Superior. *Sociedade, Contabilidade e Gestão*, Rio de Janeiro, v.11, n.2 [Internet]. 2016. Available from: <https://revistas.ufrj.br/index.php/scg/article/viewFile/13382/9204>. Acesso em: 26 Oct. 2019.
31. Freitas MC, Gil CA. Envelhecimento e Trabalho: Percepções e Vivências de Docentes do Ensino Superior na Maturidade. *Rev. Inter. Educ. Sup.* v. 6 p. 1-29, Campinas, SP [Internet]. 2020. e020018. Available from: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/riesup/article/download/8653008/21333/> Acesso em: 4 Jul. 2020
32. Moreira JO. Imaginários sobre aposentadoria, trabalho, velhice: estudo de caso com professores universitários. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v.16, n.4, p.541-550 [Internet]. 2011. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v16n4/a05v16n4.pdf>. Acesso em: 26 Oct. 2019.
33. Moreira JO, Freitas ACP, Vieira RF. Algumas considerações sobre velhice bem-sucedida na perspectiva de professores universitários brasileiros. *Revista de Psicologia*, Fortaleza, v.5 n.1, p.21-31 [Internet]. 2014. Available from: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/01/877395/1006-1684-1-sm.pdf>. Acesso em: 26 Oct. 2019.
34. Nascimento RP, Costa DVF, Salvá MNR et al. Trabalhar é manter-se vivo": envelhecimento e sentido do trabalho para docentes do ensino superior. *Sociedade, Contabilidade e Gestão*, Rio de Janeiro, v.11, n.2, [Internet]. 2016. Available from: <https://revistas.ufrj.br/index.php/scg/article/view/13382>. Acesso em: 5 Jul 2020.

35. Bachion MM et al. Vulnerabilidade ao estresse entre professores de uma universidade pública. *Revista da Escola de Enfermagem da UERJ*, v.13, p.32-7 [Internet]. 2005. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v13n1/v13n1a05.pdf>. Acesso em: 20 Oct. 2019.
36. Miranda LCS, Pereira CA, Passos JP. O estresse nos docentes de enfermagem de uma universidade pública. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, v.1, n.2 [Internet]. 2009. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewArticle/410>. Acesso em: 26 Oct. 2019.
37. Caran VCS et al. Riscos ocupacionais psicossociais e sua repercussão na saúde de docentes universitários. *Revista Enfermagem UERJ*, v.19, p.255-261 [Internet]. 2011. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a14.pdf>. Acesso em: 26 Oct. 2019.
38. Servilha EAM, Arbach MP. Queixas de saúde em professores universitários e sua relação com fatores de risco presentes na organização do trabalho. *Distúrb. Comun, São Paulo*, v.23, n.2, p.181-191 [Internet]. 2011. Available from: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/8274>. Acesso em: 25 Oct. 2019.
39. Suda EY et al. Relação entre nível geral de saúde, dor musculoesquelética e síndrome de burnout em professores universitários. *Fisioter. Pesqui.*, v.18, n.3, p.270-274 [Internet]. 2011. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-29502011000300012&script=sci_arttext. Acesso em: 25 Oct. 2019.
40. Terra FS. Avaliação da ansiedade, depressão e autoestima em docentes de enfermagem de universidades pública e privada. 2011. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto [Internet]. 2011. Available from: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-16052011-160607/en.php>. Acesso em: 4 Jul 2020.
41. Venancio RCP, Carmo EG, Paula LV, Schwartz GM, Costa JLR. Efeitos da prática de Dança Sênior® nos aspectos funcionais de adultos e idosos. *Cad. Bras. Ter. Ocup.* [Internet]. 2018 July [cited 2020 July 10]; 26(3): 668-679. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2526-89102018000300668&lng=en. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoar1111>. Acesso em: 10 Jul 2020.
42. Fachine BRA, Trompieri N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Revista Científica Internacional*, Edição 20, [Internet]. 2012, v1, art 7, Jan/Mar. D.O.I: <http://dx.doi.org/10.6020/1679-9844/2007> Acesso em: 10 Jul 2020.

43. Wajngarten M. O coração no idoso. *Jornal Diagnósticos em Cardiologia* [Internet]. 2010, ano 13 n43 ago/set. https://www.cardios.com.br/arquivos_dados/foto_alta/foto-noticia-id-69-f1.pdf Acesso em: 10 Jul 2020.
44. Liberman A. Aspectos epidemiológicos e o impacto clínico da hipertensão no indivíduo idoso. *Rev Bras Hipertens* [Internet]. 2007, v.14, n1, p17-20. <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/14-1/05-aspectos-epidemiologicos.pdf>. Acesso em: 8 Jul 2020.
45. Yazbek MA, Marques Neto JF. Osteoporose e outras doenças osteometabólicas no idoso Einstein. [Internet]. 2008, v6, Supl1, p. S74-S8. https://www.researchgate.net/profile/Michel_Yazbek/publication/26540009_Osteoporosis_and_other_metabolic_bone_diseases_in_older_people/links/0c96053b48cdf118_68000000/Osteoporosis-and-other-metabolic-bone-diseases-in-older-people.pdf. Acesso em: 8 Jul 2020.
46. Lima AGD. Situações nutricionais nos idosos. Bahiana, Escola de Medicina e Saúde Pública. 2016. <https://www.isaude.com.br/noticias/detalhe/noticia/situacoes-nutricionais-nos-idosos/> Acesso em: 11 Jul 2020.
47. Scoralick FM, Piazzolla LP, Pires LL, Neri C, Paula WIK. Mortalidade por doenças respiratórias em idosos após campanhas vacinais contra influenza no Distrito Federal, Brasil, 1996-2009. *Jornal Brasileiro de Pneumologia* [Internet]. 2013, v.39, n.2, Mar/Abr. http://www.jornaldepneumologia.com.br/detalhe_artigo.asp?id=1991 Acesso em: 10 Jul 2020.
48. Lai CC, Liu YH, Wang CY, Wang YH, Hsueh SC, Yen MY, Ko WC, Hsueh PR. Asymptomatic carrier state, acute respiratory disease, and pneumonia due to severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2): Facts and myths. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection* [Internet]. 2020, v.53, n.3, p.404-412, June 2020. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1684118220300402> Acesso em: 8 Jul 2020.
49. Lupia T, Scabini S, Pinna SM, Di Perri G, De Rosa FG, Corcione Silvia. 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak: A new challenge. *Journal of Global Antimicrobial Resistance*, [Internet]. 2020, v.21, p.22-27, Jun. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213716520300503#!> Acesso em: 7 Jul 2020.
50. Heng L, Shang-Ming L, Xiao-Hua Y, Shi-Lin T, Chao-Ke T. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): current status and future perspectives. *International Journal of Antimicrobial Agents*, [Internet]. 2020, v.55, n.5, May, 105951. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924857920301011>. Acesso em: 7 Jul 2020.

51. El-Aziz TMA, Stockand JD. Recent progress and challenges in drug development against COVID-19 coronavirus (SARS-CoV-2) - an update on the status. *Infection, Genetics and Evolution*, [Internet]. 2020, v.83, Set 104327. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1567134820301581> Acesso em: 10 Jul 2020.

52. Nunes B, Souza AS, Nogueira J, Andrade F, Thumé E, Teixeira D, Lima-Costa MF, Facchini LA, Batista S. Envelhecimento, multimorbidade e risco para COVID-19 grave: ELSI-Brasil. Preprint/Version 1, Scielo Preprints, [Internet]. 2020, Jun. DOI: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.703>. <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/703>

ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM JUNTO A POPULAÇÕES RIBEIRINHAS EM TEMPO DE COVID-19 NO AMAZONAS

*Gigellis Duque Vilaça
Rizioléia Marina Pinheiro Pina
Esron Soares Carvalho Rocha
Hadelândia Milon de Oliveira
Abel Santiago Muri Gama*

INTRODUÇÃO

No atual contexto de expansão da pandemia causada pelo novo coronavírus, denominado de COVID-19. A rápida transmissão, sustentada nos continentes⁽¹⁻²⁾, exige os esforços dos serviços de saúde de todo o mundo, que se (re)organizem para buscar atender as necessidades de saúde da população.

Desse modo, a Atenção Primária à Saúde tem papel fundamental como porta de entrada do Sistema Único de Saúde, oferecendo um atendimento resolutivo nos casos leves e identificação precoce dos casos graves, que devem ser encaminhados para serviços especializados, mantendo a coordenação do cuidado em todos os níveis da atenção em saúde⁽³⁾.

Durante a pandemia, deve-se ressaltar, que em países de dimensões continentais como o Brasil, as regiões remotas, muito especialmente a Amazônia Brasileira, merecem atenção redobrada por fatores como: o vazio assistencial existente, no qual se verificam situações extremas, como a ausência de médicos, enfermeiros e outros profissionais; precariedade dos serviços de saúde;

laboratórios minimamente equipados; escassez de hospitais de média complexidade; entre outros.

O coronavírus avança para os municípios do interior do Estado do Amazonas, e a capital Manaus apresenta tendência decrescente nos números de óbitos. Neste cenário adverso, encontramos as populações ribeirinhas do Amazonas, descendentes de povos indígenas, nordestinos e outros migrantes que vivem às margens dos rios e lagos⁽⁴⁾.

Os ribeirinhos vivem da pesca, caça, agricultura familiar e subsídios oriundos de programas sociais do Governo Federal. As comunidades são privadas de recursos, como saneamento, eletricidade, dependentes das áreas urbanas para aquisição de bens de consumo e assistência à saúde.

O deslocamento até as áreas urbanas é por via fluvial, por meio de pequenas embarcações, em viagens que podem durar de alguns minutos a dias de navegação⁽⁵⁻⁶⁾.

O acesso dessa população aos serviços de saúde é limitado, principalmente quando se compara área urbana e rural. Essa dificuldade está relacionada há vários fatores, tais como: as más condições das estradas de acesso ao meio rural, a presença de barreiras geográficas, as cheias e secas dos rios, escassez de transporte para a locomoção da equipe de saúde às localidades rurais e a falta de pontos de apoio adequados para o atendimento dos usuários em suas localidades⁽⁷⁾.

A população ribeirinha e rural têm suas necessidades atendidas pela Equipe de Saúde da Família Ribeirinha, por meio de viagens itinerantes em embarcações, com duração de aproximadamente seis dias de viagens. Os casos graves são encaminhados em “ambulanchas”, que são veículos assistenciais para atendimento de comunidades às margens do rio, transportando as equipes de saúde, medicamentos e equipamentos para ações junto à população ribeirinha residente no interior do Amazonas.

Muitos são os desafios enfrentados pela equipe de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (APS), com vistas ao

planejamento de ações de prevenção e promoção da saúde, considerando os desafios geográficos, epidemiológicos e culturais do contexto Amazônico.

Na atual situação de enfrentamento da COVID-19, em áreas remotas de difícil acesso aos serviços de saúde, a Enfermagem desempenha importante papel na condução da gestão do cuidado, com olhar atento aos aspectos socioculturais da população assistida. Nessa perspectiva, este manuscrito tem como objetivo relatar a atuação da Enfermagem em populações ribeirinhas, acerca das ações de educação em saúde e vigilância popular em tempos de COVID-19, no Amazonas.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência acerca das ações de saúde desenvolvidas pela equipe de Enfermagem de Autazes, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, entre os meses de março a maio de 2020, no enfrentamento da COVID-19, em populações ribeirinhas.

O município de Autazes está distante da capital amazônica, aproximadamente 110 km em linha reta e 218 km por via fluvial. O município possui 39.565 habitantes⁽⁸⁾. A população rural e ribeirinha de Autazes está distribuída em 114 comunidades.

Para problematização da experiência foi utilizado como referencial teórico a Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva-TIPESC, sistematização dinâmica de captar e interpretar um fenômeno, que se desenvolve em cinco etapas⁽⁹⁾.

CAPTAÇÃO DA REALIDADE OBJETIVA

Diante da declaração da Organização Mundial da Saúde, em março de 2020, de Pandemia por COVID-19, elaborou-se o Plano de contingenciamento para o enfrentamento da pandemia no Amazonas. Obedecendo às diretrizes do plano de

contingenciamento da capital amazonense, foi criado o plano de contingenciamento da COVID-19 para o município de Autazes. Inicialmente, foram realizadas reuniões para reconhecimento e captação da realidade objetiva. Em diálogos com a equipe de saúde, foram levantadas sugestões quanto às abordagens e estratégias a serem utilizadas para enfrentamento da COVID-19, no contexto intercultural das comunidades rurais ribeirinhas. Além de capacitação da equipe para manejo, diante do atual contexto.

INTERPRETAÇÃO DA REALIDADE OBJETIVA

Com a pandemia, urge adequar as ações à realidade das comunidades ribeirinhas, com vistas a contemplar as necessidades e especificidades locais, com a implantação do Protocolo de Manejo de casos na Atenção Básica para as Estratégias de Saúde da Família Ribeirinha – ESFR. As estratégias para o enfrentamento do coronavírus foram planejadas com base no diagnóstico de Enfermagem, identificado no contexto das comunidades ribeirinhas, a saber: “autocuidado inadequado” acerca das condutas individuais, familiares e comunitárias, na prevenção da COVID-19.

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NA REALIDADE OBJETIVA

Como parte integrante da estratégia, foi elaborado um plano de ações de educação sanitária, para orientação da população ribeirinha na prevenção do contágio pelo novo coronavírus, principalmente durante seu deslocamento para a sede do município. Orientações quanto as medidas de isolamento domiciliar em casos confirmados, prevenção de contaminação pelo coronavírus no âmbito individual, familiar e comunitário.

INTERVENÇÃO NA REALIDADE OBJETIVA

A equipe de enfermagem percorreu os rios, por meio de embarcações fluviais de pequeno porte, para visitas domiciliares. Priorizou-se a escuta atenta das comunidades ribeirinhas, identificando dúvidas e anseios diante da atual situação. O profissional de Enfermagem tem mostrado a importância de sua participação no enfrentamento da COVID-19, na atenção primária à saúde. As ações realizadas junto as populações rurais/ribeirinhas foram baseadas na Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem, como apresentado no quadro 1.

Quadro1. Ações de Enfermagem - Educação em Saúde e Vigilância popular.

Diagnóstico de Enfermagem/Captação da realidade : Autocuidado inadequado		
Intervenções		
Indivíduo	Família	Comunidade
Realizar higienização das mãos.	Realizar higienização das mãos, orientar crianças e idosos.	Realizar higienização das mãos e orientar o uso de álcool em gel fora do domicílio.
Realizar uso de máscara	Realizar uso de Máscara	Realizar uso de máscara em todos os espaços da comunidade.
Comunicar os profissionais de saúde sobre o aparecimento dos sinais e sintomas de síndromes gripais.	Manter a higienização da casa.	Informar aos profissionais de saúde sobre o aparecimento de sintomáticos respiratórios
Evitar deslocamento desnecessário para cidade	Manter o distanciamento no domicílio na medida do possível, principalmente de idosos.	Manter o distanciamento social.
Manter as rotinas de saúde orientadas pela ESFR.	Manter as rotinas de saúde orientadas pela ESFR.	Capacitar lideranças comunitárias para divulgação das medidas preventivas
Seguir as orientações dos profissionais de saúde sobre as medidas de biossegurança.	Evitar manter contato quando possível com pessoas que pertencem aos grupos de risco.	Subsidiar os canoeiros com material educativo sobre as medidas de biossegurança na prevenção do COVID-19.
Ficar atento a qualquer sintoma como febre, dor de cabeça, mal estar, dor na garganta.	Organizar um espaço no domicílio para manter isolamento do paciente caso seja necessário manter quarentena.	Colaborar com a equipe de saúde para melhor compreensão de situações individuais e da comunidade que influenciam na propagação da COVID-19

Nota: ESFR: Estratégia de Saúde da família ribeirinha.

REINTERPRETAÇÃO DA REALIDADE OBJETIVA

As ações de Enfermagem planejadas e implementadas em meio à pandemia, no contexto das comunidades ribeirinhas no Amazonas, tiveram resultados satisfatórios, no que tange as medidas de prevenção e combate à COVID-19, com alcance do indivíduo, família e comunidade. Em meio à vulnerabilidade da população assistida, diante das dificuldades de acesso desses à saúde e da equipe às comunidades, foi possível a realização de um plano de Enfermagem baseado em seus protocolos e na Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A VIVÊNCIA EXPERIMENTADA

A realidade da assistência coletiva aos povos em situações de vulnerabilidade, como as populações rurais ribeirinhas, nos traz à luz os princípios basilares do Sistema Único de Saúde, a universalidade, a integralidade e a equidade.

Destaca-se aqui a equidade da assistência, pois só foi possível atender às orientações e normas nacionais, bem como as normas internacionais de saúde, por meio de estratégias capazes de atender as necessidades dessa população, permeadas por oferta de serviços de saúde diferenciadas.

A equidade trata os diferentes de forma diferente, dar mais a quem precisa mais e menos a quem precisa menos. É possibilitar acesso aos serviços de saúde de maneira justa, com o olhar para os diferentes graus de vulnerabilidade e peculiaridade, seja do indivíduo, família e/ou coletividade⁽¹⁰⁾.

Pela utilização da TIPESC, a luz da equidade, foi possível conhecer a realidade objetiva dessa população, planejar ações com intervenções peculiares, como uso de barco, “ambulanchas”, rádio comunitária, megafones, parcerias com associações de classes, órgão públicos e privados. A reinterpretação

da realidade objetiva possibilitou replanejar as ações, com o intuito de controlar a disseminação da COVID-19 nas comunidades ribeirinhas do município de Autazes.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde. WHO announces COVID-19 outbreak a pandemic. Genebra, 2020. [cited 2020 jun14]. Available from: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic>
2. Gorbalenya AE, Baker SC, BaricRS, et al. The species Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2. *Nat Microbiol*, 2020: 536–544. <https://doi.org/10.1038/s41564-020-0695-z>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de manejo clínico do coronavírus (Covid – 19) na Atenção Primária à Saúde –Versão 09. 2020.[cited 2020 jun10]. 37p. Available from: <https://saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/30/20200330-ProtocoloManejo-ver06-Final.pdf>
4. Fraxe TJP, Pereira HS, Witkoski AC (org). Comunidades ribeirinhas amazônicas: modos de vida e uso dos recursos naturais. Manaus: EDUA; 2007 [cited 2020 mai 29]. 224p. Available from: file:///C:/Users/willy/Downloads/COMUNIDADES_RIBEIRINHAS_AMAZONICAS_MODOS.pdf
5. Gama ASM, Fernandes TG, Parente RCP, Secoli SR. Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2018, 34:2. 00002817. doi. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00002817>
6. Guimarães AF, Barbosa VLM, Silva MP, Portugal JKA, Reis MHS, Gama ASM. Acesso a serviços de saúde por ribeirinhos de um município no interior do estado do Amazonas. *RevPan-AmazSaude*. 2020; 11 e 202000278. doi: <http://dx.doi.org/10.5123/s2176-6223202000178>
7. Garnelo L, Gagno JL, Rocha ESC, Herkrath FJ. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. *Saúde em Debate* [Internet]. 2018 [cited 2020 Jun 5]; 42 (suppl 1): 81-99. Available from: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/81-99/en/>
8. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Acesso e utilização de serviços de saúde 2010: Brasil. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/autazes/panorama> Acessado em 10 de junho de 2020.

9. Egry EY, Fonseca RMGS, Oliveira MAC, Bertolozzi MR. Nursing in Collective Health: reinterpretation of objective reality by the praxis action. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(Supl 1):710-5. [Issue Edition: Contributions and challenges of practices in collective health nursing] doi:<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0677>

10. Silva, NC, Oliveira, HM. Reflexões sobre a equidade e sua aplicabilidade ao processo de trabalho em enfermagem. Rev. Bras. Enferm. 2020, 73:3, e20190783. doi:<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0783>

ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E A PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS: REFLEXÕES SOBRE O CUIDADO AOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Karla Maria Carneiro Rolim

Carlton Washigton Pinheiro

Firmina Hermelinda Saldanha Albuquerque

Henriqueta Ilda Verganista Martins Fernandes

Mirna Albuquerque Frota

INTRODUÇÃO

A COVID-19 é uma doença infecciosa que possui alta transmissibilidade e pode desencadear uma síndrome respiratória aguda. A identificação do agente causador do novo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, foi realizada no final do ano de 2019, na cidade de Wuhan, na China, durante um aumento no número de casos de pneumonia. Foi considerada uma pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em janeiro de 2020⁽¹⁾.

O impacto da doença nos profissionais de Enfermagem do Brasil vem sendo acompanhado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que divulgou um quantitativo de mortes de 157 profissionais de Enfermagem, segundo as informações do dia 28/05/2020, sendo um número bastante variável, pois se modifica diariamente. Esse quantitativo evidenciou que o Brasil

é o país com mais mortes de enfermeiros e profissionais de saúde devido à pandemia por COVID-19⁽²⁾.

Diante desse panorama, percebe-se a centralidade que a temática da saúde mental possui, no contexto da pandemia da COVID-19, cabendo uma atenção diferenciada para aqueles que estão lidando diretamente com a doença. Haja vista que os profissionais de saúde estão trabalhando imersos na sobrecarga dos sistemas de saúde e vivendo relações familiares permeadas pela insegurança, medo e distanciamento. Há também o estigma social de trabalhar diretamente com a SARS-CoV-2, além da sobrecarga física, estresse com repercussão somática e entre outras alterações biopsicossociais^(3,4).

Um estudo avaliou o grau dos sintomas de depressão, ansiedade, insônia e angústia em 1257 profissionais de saúde que trabalhavam em hospitais de Wuhan e em hospitais de outras províncias dentro e fora da região de Hubei, na China. Seus resultados mostram que 50,4% dos participantes relataram sintomas depressivos, 44,6% relataram sintomas de ansiedade, 34% relataram insônia e 71,5% relataram angústia. As enfermeiras, mulheres que estavam na linha de frente dos cuidados de saúde, foram as que reportaram os mais severos graus mensurados nas escalas aplicadas⁽³⁾.

Percebendo esse contexto de vulnerabilidade psicossocial dos profissionais de enfermagem, o COFEN, a partir do dia 23 de março de 2020, começou a disponibilizar um canal de comunicação para ajuda emocional aos profissionais de Enfermagem, sendo realizados atendimentos conduzidos por enfermeiros especialistas em saúde mental, 24 horas por dia. O *chat* fica disponível no site do Conselho. Essa iniciativa tem como objetivo ajudar os profissionais de Enfermagem a lidar com as situações relacionadas ao sofrimento psíquico, no contexto de enfrentamento ao novo coronavírus⁽⁵⁾.

Essa iniciativa possui respaldo na Resolução nº. 599/2018 do COFEN, tendo como objetivo regulamentar diretrizes para

atuação da equipe de Enfermagem em saúde mental, cabendo ao enfermeiro realizar a Consulta de Enfermagem em saúde mental, por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), utilizando modelos teóricos para fundamentar e sistematizar as ações de cuidado em saúde mental. Além disso, deve estabelecer relacionamento terapêutico, pode aplicar testes e escalas em saúde mental que não sejam privativas de outros profissionais, bem como promover ações de reabilitação psicossocial, entre outras atribuições⁽⁶⁾.

Diante do exposto, considera-se relevante ampliar a visão social a respeito da atuação do enfermeiro de saúde mental, tendo em vista que esse profissional será crucial para o manejo das alterações psicopatológicas emergentes antes, durante e após pandemia do novo coronavírus. Objetiva-se refletir teoricamente a respeito da operacionalidade da assistência de Enfermagem em saúde mental, desenvolvida para profissionais de enfermagem em contexto da COVID-19.

METODOLOGIA

Trata-se de uma reflexão teórica, elaborada a partir dos estudos envolvendo as alterações de saúde mental dos profissionais de Enfermagem, no contexto da pandemia da COVID-19, e a atuação do enfermeiro em saúde mental, considerando as Resoluções nº. 358/2009 e nº. 599/2018 do COFEN, NANDA-I, NIC e o NOC. A reflexão organizou-se em duas categorias temáticas: “Os focos de atenção de Enfermagem em saúde mental, no contexto da pandemia da COVID-19 e Sistematização” e “A Sistematização da Assistência de Enfermagem: um caminho para o cuidado em saúde mental”.

A primeira categoria relaciona aspectos pertinentes aos focos de atenção de Enfermagem em saúde mental, com o contexto dos profissionais de Enfermagem imersos no enfrentamento da pandemia do novo coronavírus. A segunda

categoria busca dar materialidade sobre o campo de atuação do enfermeiro de saúde mental, fazendo paralelos com os marcos institucionais das Resoluções nº. 358/2009 e nº. 599/2018 do COFEN. Além disso, propõe a estruturação da SAE como método de cuidado em saúde mental dos profissionais de Enfermagem submetidos ao contexto da pandemia de COVID-19.

OS FOCOS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19

Os focos de atenção de Enfermagem são respostas humanas essenciais para a construção de um Diagnóstico de Enfermagem (DE), sendo uma forma de identificar o elemento principal, a raiz do conceito diagnóstico, que direciona a construção multiaxial do diagnóstico. A taxonomia da NANDA-I⁽⁷⁾ operacionaliza os DE, a partir dos focos de Enfermagem. Analisar quais focos é prioritário para a assistência aos profissionais de Enfermagem, no contexto da COVID-19, se torna uma ação estratégica para mapear os principais fenômenos do campo psicossocial que necessitam de maior atenção, para definir e operacionalizar ações estratégicas na assistência.

Para serem destacados os focos principais, é necessário conhecer a realidade que se apresenta. E entender quais respostas, humanas reais e/ou potenciais aos problemas de saúde e processos de vida, estão presentes nos profissionais de Enfermagem, no contexto da pandemia da COVID-19. A emergência dessa nova doença de forma rápida e sua classificação recente torna-se um desafio para pesquisadores do mundo todo, devido a pouca quantidade de estudos científicos e evidências disponíveis, principalmente no campo da saúde mental dos profissionais de Enfermagem^(7,8).

Em um estudo transversal, investigando o estresse e a ansiedade de 180 enfermeiros chineses que desenvolveram assistência em Wuhan, durante a pandemia da COVID-19,

demonstrou que os enfermeiros manifestaram escores de estresse e ansiedade significativamente maiores do que o nível da população geral nacional, além de ter sido detectada uma correlação positiva da ansiedade com a carga de estresse. A qualificação profissional, presença de filho único, gravidade dos pacientes, carga horária semanal, dieta e sono, foram fatores individuais analisados que tiveram significância estatística na carga de estresse dos enfermeiros⁽⁹⁾.

Um estudo de revisão de literatura descreve os principais fatores capazes de gerar estresse emocional nos profissionais de Enfermagem, sendo os mais relevantes: o medo, a falta de informação, raiva, os sintomas de depressão, ansiedade, insônia, angústia, as incertezas quanto às questões epidemiológicas, aumento da carga horária de trabalho, autocuidado reduzido, o confronto com o governo, a cobertura pela mídia, afastamento social, entre outros⁽¹⁰⁾.

Considerando as alterações da saúde mental nos profissionais de Enfermagem, a partir dos trabalhos supracitados, desenvolveu-se na figura 1 uma representação dos principais focos de Enfermagem envolvidos na dinâmica assistencial de saúde mental, com a finalidade de priorizar respostas humanas centrais para os DE.

Figura 1: Caracterização dos principais focos de atenção de Enfermagem, segundo NANDA-I, que podem ser utilizados com os profissionais de Enfermagem, no contexto da pandemia de Covid-19. Fortaleza, 2020.



Fonte: Elaborado pelos autores.

A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: UM CAMINHO PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Realizar a SAE tem sido uma prerrogativa profissional da Enfermagem desde a publicação da Resolução nº. 358/2009 do COFEN, tornando-se uma maneira de operacionalizar uma

metodologia de cuidado, compreendida em: coleta de dados, DE, planejamento, implementação e avaliação. Ambas as etapas da SAE são inter-relacionadas e em constante interação. Além disso, devem ter embasamento teórico para nortear o Processo de Enfermagem, orientando a forma de coletar dados, elaborar DE, eleger resultados e avaliá-los quanto ao cumprimento⁽¹¹⁾.

Compreendendo a SAE na sua dimensão estrutural e funcional, percebe-se sua importância para efetivar um método no cuidado de Enfermagem. A publicação da Resolução nº. 599/2018, do COFEN, vem estabelecer diretrizes para atuação da equipe de Enfermagem na especialidade de saúde mental e psiquiatria, bem como sua redação corrobora com a implementação da SAE. Essa norma técnica proporcionou avanços no campo de atuação da Enfermagem de saúde mental, inclusive garantindo uma margem de segurança e respaldo para os enfermeiros desenvolverem suas atividades nessa especialidade⁽⁶⁾.

Considerando os focos de atenção, citados anteriormente, e a importância de embasamento teórico para operacionalizar a SAE, pode-se adotar essa racionalidade da NANDA-I, NIC e NOC para traçar uma assistência de Enfermagem específica, para as respostas humanas envolvidas no cuidado de saúde mental dos profissionais de Enfermagem durante a pandemia do novo coronavírus.

É importante destacar que os DE pode ser focados no problema, na promoção da saúde ou no risco. Devem ser registrados com os fatores relacionados ou fatores de risco, assim como as características definidoras. No quadro 1 serão apresentados DE relacionados com os focos de atenção, mas sem detalhar fatores relacionados, fatores de risco e características definidoras, porque variam individualmente em cada cliente assistido⁽⁷⁾.

Quadro 1: Caracterização dos diagnósticos de Enfermagem, resultados de Enfermagem e intervenções de Enfermagem específicos, para os profissionais da área, no contexto da pandemia de COVID-19. Fortaleza, 2020.

Diagnóstico de Enfermagem- NANDA-I	Resultados de Enfermagem – NOC	Intervenções de Enfermagem – NIC
Ansiedade	Autocontrole da ansiedade	Promoção do exercício Técnica para acalmar Reiki Reestruturação cognitiva
Enfrentamento ineficaz	Enfrentamento Desempenho do papel	Melhora do papel Aconselhamento
Insônia	Sono	Controle do ambiente Imaginação guiada Musicoterapia
Medo	Autocontrole do medo	Aconselhamento Técnica para acalmar Facilitação de meditação Apoio emocional
Sobrecarga de estresse	Enfrentamento Nível de estresse	Facilitação da meditação Assistência no controle da raiva Relaxamento muscular progressivo
Risco de sobrepeso	Estado nutricional: ingestão de alimentos e líquidos	Controle da nutrição Promoção do exercício físico
Risco de religiosidade prejudicada	Estado de conforto: psicoespiritual	Apoio espiritual Manutenção do processo familiar

Risco de baixa autoestima situacional	Adaptação psicossocial: mudança de vida Controle de riscos	Fortalecimento da autoestima Redução do estresse por mudança Facilitação do Processo de Culpa
Regulação de humor prejudicada	Equilíbrio de humor	Controle do humor Apoio emocional

Fonte: Elaborado pelos autores.

Os resultados provenientes do NOC possibilitam uma melhor organização do planejamento da assistência de Enfermagem, tendo em vista que os resultados elegíveis possuem parâmetros de acompanhamento, refletindo em uma mensuração das respostas humanas, antes e depois das intervenções de Enfermagem, definindo ou não o alcance dos resultados por meio da avaliação⁽¹²⁾.

A intervenção da NIC possui um nome de identificação, uma definição e um conjunto de atividades que caracterizam as ações da intervenção elegida. Neste trabalho foram abordadas as atividades inerentes a cada intervenção, que devem ser avaliadas individualmente de acordo com o contexto⁽¹³⁾. No que diz respeito às intervenções de Enfermagem que contemplam práticas integrativas e complementares de saúde, a Resolução nº. 599/2018 tem um parecer positivo para a utilização no contexto da Enfermagem de saúde mental, desde que os profissionais possuam os respectivos cursos formativos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As possibilidades de desenvolver a assistência de Enfermagem aos processos psicossociais alterados dos profissionais de Enfermagem, no contexto da pandemia do novo coronavírus, se tornam possível, considerando as reflexões levantadas neste presente estudo.

O campo de atuação do enfermeiro de saúde mental já possui resoluções que amparam a atuação no âmbito nacional, respaldando sua prática e validando sua centralidade entre as especialidades de Enfermagem envolvidas no enfrentamento da pandemia da COVID-19, tendo em vista as repercussões psicopatológicas causadas aos indivíduos.

Diante do exposto, reafirma-se a necessidade de desenvolvimento de estudos nacionais, estaduais e locais que propiciem evidências sobre como o novo coronavírus está repercutindo na saúde mental dos profissionais de Enfermagem. Além disso, que promovam projetos de intervenções sensíveis às necessidades dos profissionais.

REFERÊNCIAS

1. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. (2020) Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (covid-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020, Mar 6;17(5). pii: E1729. doi: <http://10.3390/ijerph17051729>.
2. COFEN. Brasil é o país com mais mortes de enfermeiros por Covid-19 no mundo. Conselho Federal de Enfermagem [publicação na web]; 2020, acesso em 12 jun. 2020. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/brasil-e-o-pais-com-mais-mortes-de-enfermeiros-por-covid-19-no-mundo-dizem-entidades_80181.html
3. Lai, J. et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. **Jama Network Open**, [s.l.], v. 3, n. 3, p. 1-12 American Medical Association (AMA). [publicação na web]; 2020, acesso em 30 abr. 2020. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2763229>.
4. Brooks, S. K. et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it. **The Lancet**, [s.l.], v. 395, n. 10227, p. 912-920, mar. 2020.
5. COFEN. COFEN disponibiliza canal para ajuda emocional a profissionais. Conselho Federal de Enfermagem [publicação na web]; 2020, acesso em 12 jun. 2020. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/cofen-disponibiliza-canal-para-ajuda-emocional-a-profissionais_78283.html

6. COFEN. Resolução COFEN 599/2018. Aprova norma técnica para atuação da equipe de enfermagem em saúde mental e psiquiatria. Conselho Federal de Enfermagem [publicação na web]; 2018, acesso em 10 mai. 2020. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/cofen-aprova-resolucao-que-regulamenta-enfermagem-em-saude-mental_67843.html#:~:text=Foi%20publicada%20nesta%20sexta-feira,e%20j%C3%A1%20est%C3%A1%20em%20vigo
7. Herdman, T H, Kamitsuru S. Diagnósticos de Enfermagem da Nanda-I: Definições e Classificação 2018-2020. tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros... [et al.]. – 11. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2017.
8. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ. Ministério da Saúde. Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19: Recomendações Gerais, Rio de Janeiro, 2020. 8 p.
9. Mo Y, Deng L, Zhang L, et al. Work stress among Chinese nurses to support Wuhan in fighting against COVID-19 epidemic [published online ahead of print, 2020 Apr 7]. J Nurs Manag. 2020;10.1111/jonm.13014. doi:10.1111/jonm.13014
10. Barbosa D J, Gomes M P, Souza F B A, Gomes A M T. Fatores de estresse nos profissionais de enfermagem no combate à pandemia da COVID-19: síntese de evidências. v. 31 n. Suppl 1 (2020): Suplemento especial sobre a COVID-19, 2020.
11. COFEN. Resolução COFEN 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados. Conselho Federal de Enfermagem [publicação na web]; 2018, acesso em 23 mai. 2020. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html.
12. Moorhead, Sue; Johnson, Marion; Maas, Meridean L.; Classificação Dos Resultados De Enfermagem - NOC - 4ª Edição, Rio de Janeiro, 2010.
13. Butcher, Howard K. - Bulechek, Gloria M. - Dochterman, Joanne - Wagner, Cheryl M. NIC - Classificação das Intervenções de Enfermagem. Tradução 6ª Ed, Rio de Janeiro, 2016.



ATENDIMENTO DAS GESTANTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, DE FLORIANÓPOLIS, COM A CHEGADA DA PANDEMIA DA COVID-19: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Paula Andreia Echer Dorosz

Márcia Liane Klauck Santos

Marli Terezinha Stein Backes

INTRODUÇÃO

O mundo vem sofrendo, nos últimos meses, com uma pandemia que já causou a morte de milhares de pessoas. Tudo começou na cidade de Wuhan, província de Hubei, na república da China, em 31 de dezembro de 2019. A Organização Mundial da Saúde foi alertada de que vários casos de pneumonia foram diagnosticados e as cepas de coronavírus encontradas, não haviam sido identificadas antes em seres humanos. Em 7 de janeiro de 2020, as autoridades chinesas confirmaram a identificação de um novo coronavírus^(1,2).

Até o momento, foram identificados sete coronavírus humanos (HCoVs): HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63, HCoV-HKU1, SARS-COV (que causa síndrome respiratória aguda grave), MERS-COV (que causa síndrome respiratória do Oriente Médio) e o novo coronavírus (SARS-CoV-2) que é responsável por causar a doença COVID-19⁽²⁾.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, em 30 de janeiro de 2020 o surto da doença COVID-19 tornou-se uma emergência de Saúde pública de importância Internacional, e em 11 de março de 2020 foi caracterizada como uma Pandemia⁽²⁾.

Dados atualizados, de 15 de julho de 2020, pela Organização Mundial da Saúde confirmaram 13.150.645 casos de COVID-19 no mundo e 574.464 mortes⁽³⁾. Dados esses que vem crescendo a cada dia. Tais números apontam para que novas medidas sejam tomadas, para conter esse contágio.

Desde o descobrimento dessa nova doença, a Organização Mundial da Saúde tem atuado com autoridades chinesas e especialistas do mundo todo, a fim de aprender mais sobre o vírus e qual a sua ação no organismo humano, buscando tratamentos adequados e meios de prevenção, que até o momento ainda não foram descobertos⁽⁴⁾.

No Brasil, o primeiro caso confirmado deu entrada no Hospital Israelita Albert Einstein, no dia 26 de fevereiro de 2020⁽⁵⁾. Desde então, os casos vêm aumentando diariamente. Segundo o Ministério da Saúde, a partir dos dados atualizados em 15 de julho de 2020, o Brasil já registrou 1.966.748 casos acumulados e, destes, 75.366 foram a óbito⁽⁶⁾.

Em Santa Catarina foram confirmados os dois primeiros casos em 12 de março de 2020, no município de Florianópolis. Em 17 de março de 2020, o Governador do Estado emitiu o Decreto 515/2020, que declarou situação de emergência em todo território catarinense, com fins de prevenção e enfrentamento à COVID-19⁽⁷⁾. Em 09 de abril de 2020, com registro de transmissão comunitária em Santa Catarina, novas orientações surgiram através da Nota Técnica conjunta 002/2020 determinando sobre notificações, investigações, coleta e orientações sobre casos suspeitos de COVID-19⁽⁸⁾.

O estado de Santa Catarina, até o dia 15 de julho de 2020, registrou oficialmente 47.976 casos, 569 óbitos, taxa de letalidade de 1,19% e a taxa de ocupação total dos leitos de unidade

de terapia intensiva do Sistema Único de Saúde de 71,7%⁽⁹⁾. Florianópolis, segundo dados atualizados em 15 de julho de 2020, conta com 3.432 casos confirmados e 34 óbitos acumulados, com uma taxa de ocupação geral dos leitos de unidade de terapia intensiva de 92.37%⁽¹⁰⁾.

Devido à notificação dos primeiros casos, de COVID-19 do Estado, terem sido diagnosticados em Florianópolis, o município impôs medidas imediatas de distanciamento físico e isolamento social, uso de máscaras, lavagem frequente das mãos e uso de álcool em gel, cuidados esses que foram reforçados com mais restrições quando foi determinada a transmissão comunitária, baseado no Decreto 515/2020⁽⁷⁾. Ainda observando o número crescente de casos, em 24 de junho de 2020, o uso obrigatório de máscara pela população em geral foi ampliado para todo o município, e as demais medidas restritivas foram reforçadas, tornando o cidadão negligente passível de multa e até reclusão.

O **distanciamento físico** consiste em evitar aglomerações, e envolve o fechamento de instituições de ensino, estabelecimentos comerciais, cancelamento de eventos e pausa de serviços considerados não essenciais. A aproximação das pessoas deve ser evitada durante a realização dos serviços essenciais e, não havendo essa possibilidade, deve ser respeitada uma distância mínima de dois metros, bem como o uso de máscaras de proteção. Tem como objetivo principal permitir a adequação da estrutura de assistência do sistema de saúde **(horizontal)**⁽¹¹⁾.

O **isolamento social** é uma estratégia para diminuir a velocidade da propagação do vírus, e conter o aumento do número de infectados em locais onde ocorre a transmissão comunitária. Pode ser chamado de **isolamento social seletivo (vertical)** quando a orientação é que pessoas que fazem parte dos grupos de risco (pessoas idosas, portadores de doenças crônicas, imunodeprimidos e fumantes) permaneçam em suas casas e

só saíam quando for realmente necessário e, **isolamento social ampliado (horizontal)** quando essa mesma orientação envolve a população em geral⁽¹¹⁾.

Essa pandemia trouxe muitos questionamentos e incertezas, sendo necessário alterar rotinas, hábitos e protocolos assistenciais. No atendimento pré-natal e nos cuidados com as gestantes, não foi diferente. Mesmo não havendo muitos estudos ainda, os realizados, até então, não mostram riscos de maior gravidade em gestantes do que o observado em demais adultos não gestantes. Essa Informação também consta na Nota Técnica nº 07/2020, que aborda a atenção às gestantes no contexto da infecção COVID-19, causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2)⁽¹²⁾.

A Nota Técnica nº 07/2020 orienta a realização de triagem das gestantes, ao chegarem para atendimento pré-natal, observando sintomas respiratórios e outros. Nesses casos, devem ser atendidas em local isolado das demais. As consultas e procedimentos eletivos podem ser adiados em 14 dias, quando necessário, por motivo de isolamento. E nas gestantes assintomáticas, o atendimento deve ser preservado, respeitando as normas da vigilância sanitária.

Conforme a Nota Técnica nº 04/2020⁽¹³⁾, todos os pacientes e acompanhantes, de forma geral, devem ser orientados que ao chegarem à unidade de saúde devem informar se apresentam sintomas respiratórios (tosse, coriza ou dificuldade para respirar). Nesses casos, sempre que possível, consultas eletivas devem ser adiadas para após a melhora do quadro e, em caso de permanecer na unidade para atendimento, a usuária deve ser orientado a fazer uso de álcool gel ou higienizar as mãos com água e sabão, fazer uso de máscara facial e, em caso de impossibilidade do uso da máscara, ao tossir e espirrar deve cobrir a boca e o nariz com papel toalha, que deve ser descartado após. Os atendimentos devem ser, preferencialmente, com agendamento, e ainda, se pertinente, podendo ser por telefone ou outros meios de comunicação.

Mesmo não apresentando risco aumentado para complicações, a Organização Mundial da Saúde incluiu as gestantes e puérperas no grupo de risco, devido outras síndromes gripais existentes neste período e que podem confundir o diagnóstico. Sendo assim, deve essa clientela passar por uma avaliação minuciosa, tanto nas condutas de rotina de pré-natal, como na vigilância dos sintomas respiratórios, conforme a Nota Técnica nº 12/2020, do Ministério da Saúde⁽¹⁴⁾.

A Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis conta hoje com 100% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família na atenção primária à saúde, dividida em quatro distritos sanitários. O Distrito Sanitário Centro é composto por 11 centros de saúde; o Distrito Sanitário Continente compreende também 11 centros de saúde; o Distrito Sanitário Norte integra 12 centros de saúde; e, o Distrito Sanitário Sul abrange 15 centros de saúde. Além disso, a SMS da capital conta ainda com três Unidades de Pronto Atendimento, quatro policlínicas, um **Centro de Atenção Psicossocial**, dois **Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e drogas** e um **Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes**⁽¹⁵⁾.

Este Capítulo trata-se de um relato de experiência, com o objetivo de descrever o atendimento às gestantes na atenção primária à saúde de Florianópolis, com a chegada da pandemia da COVID-19 e a partir da experiência profissional em um dos centros de saúde desse município, que pertence ao distrito centro.

ROTINA DE ACOMPANHAMENTO PRÉ NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Segundo o Protocolo de Enfermagem da Saúde da mulher da SMS, de Florianópolis, que contempla o atendimento às gestantes, as consultas individuais de pré-natal (fora do período de pandemia) são realizadas: mensalmente até a 36ª semana de gestação, quinzenalmente até 38ª semana e, após,

semanalmente, até o parto/nascimento. É preconizado o mínimo de sete consultas durante a gestação⁽¹⁶⁾.

A primeira consulta é realizada, preferencialmente, pelo enfermeiro e, na sequência, as consultas são intercaladas entre o profissional médico e enfermeiro. O pré-natal de risco habitual (baixo risco) pode ser acompanhado integralmente pelo enfermeiro, e este profissional também deve dar assistência à gestante de alto risco, que deve continuar sendo acompanhada na atenção primária. São previstos três blocos de exames laboratoriais, um em cada trimestre e uma ultrassonografia obstétrica no segundo trimestre⁽¹⁶⁾.

As unidades de saúde contam com o apoio de outros profissionais de Saúde que compõe o Núcleo Ampliado de Saúde da Família composto por: profissionais da odontologia, psicologia, pediatria, educação física, fisioterapia, geriatria, farmácia, psiquiatria e serviço social. Esses profissionais ajudam a complementar o cuidado pré-natal através de atendimentos coletivos ou individuais, ou ainda por matriciamento, se for o caso. Além desses, alguns centros de saúde contam ainda com a ajuda de residentes da residência multiprofissional.

Quando é identificada uma gestação de alto risco, a equipe de atenção primária encaminha essa gestante ao serviço de pré-natal de alto risco, para complementar o acompanhamento com um médico obstetra. Esse serviço é oferecido tanto pela secretaria de saúde do município, quanto pela secretaria estadual de saúde. A gestante segue, então, sendo acompanhada pela equipe da atenção primária e pelo serviço de referência para gestação de alto risco.

O ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL EM TEMPOS DE PANDEMIA/COVID-19

O surgimento de casos confirmados de COVID-19 no Brasil fez com que os estados e municípios tomassem medidas

imediatas para o manejo da situação. Em Florianópolis, foram adotadas medidas de controle da pandemia bastante rigorosas, tão logo que apareceram os primeiros casos, e isso alterou muitas rotinas em todos os setores de atendimento à saúde da população.

O isolamento social, logo nas primeiras semanas subsequentes aos primeiros casos, exigiu que as pessoas ficassem reclusas em suas casas, saindo apenas em caso de extrema necessidade. Sendo assim, no campo da atenção à saúde, consultas eletivas foram canceladas e a orientação dada à população era de procurar as unidades de saúde apenas em caso de sintomas mais graves, por exemplo, nos casos de hipertermia (febre), dispnéia (falta de ar), dores sem melhora com medicamentos analgésicos ou caso se tratasse de pacientes com doenças crônicas descompensadas.

Foi elaborado um Guia de Orientações para o enfrentamento da pandemia de COVID-19, com orientações voltadas à rede de atenção primária à saúde de Florianópolis/SC, que era atualizado frequentemente conforme surgiam informações novas sobre contágio, casos suspeitos e confirmados. Sua elaboração ficou a cargo da direção de saúde da Prefeitura de Florianópolis e contou com o apoio de uma equipe multiprofissional. Esse guia tem como anexo os Procedimentos Operacionais Padrão desenvolvidos pela Enfermagem da SMS de Florianópolis⁽¹⁷⁾.

Todos os cidadãos foram orientados a, primeiramente, fazer contato telefônico com o centro de saúde, através dos telefones da unidade ou pelo WhatsApp das equipes de saúde, ou até mesmo pelo ALÔ SAÚDE (Programa de atendimento pré-clínico via telefone), através de um número 0800. Nesse contato inicial, o usuário informa seus sintomas e, após, é orientado sobre como deve proceder (consulta com a equipe da atenção primária, procurar um pronto atendimento ou permanecer em casa)⁽¹⁷⁾.

Em Florianópolis, os profissionais da atenção primária, lotados nas unidades de saúde, receberam treinamento nos

últimos dois anos e tem disponível, para uso, um protocolo de atendimento clínico chamado PACK. Tal protocolo tem sido muito útil durante a pandemia para toda a equipe, porque padroniza e orienta as condutas assistenciais na atenção à saúde. Através do PACK, as equipes têm, regularmente, acesso às atualizações sobre o atendimento aos casos suspeitos de COVID-19^[18].

Em relação à assistência pré-natal - conforme o Guia de Orientações para o enfrentamento da pandemia de COVID-19, versão 15 de março de 2020 - foi preconizada da seguinte forma: garantir, presencialmente, na unidade de saúde, com agendamento prévio, pelo menos a primeira consulta e as consultas após a 36ª semana de gestação. As demais consultas até a 36ª semana de gestação estão sendo realizadas por teleconsulta. A gestante encaminha exames e esclarece suas dúvidas à distância, garantindo o mínimo contato com a unidade de saúde. Caso a gestante apresente alguma complicação nesse período, é possível agendar uma consulta na unidade de saúde ou ela é orientada a procurar a maternidade de referência.

Como tudo na sociedade foi afetado pela pandemia, não poderia ser diferente durante a gestação. Uma das primeiras atividades afetadas, relacionada a essa clientela, foram as atividades de educação em saúde coletivas, promovidas por meio de encontros com grupo de gestantes de forma presencial. Esse é um espaço muito importante, porque disponibiliza o convívio e as interações entre as gestantes, a troca de experiências entre elas e uma oportunidade ímpar para a equipe realizar educação em saúde. É um espaço em potencial para os profissionais de saúde ajudar essas mulheres a se prepararem em muitos aspectos para o parto/nascimento.

As incertezas, medos e preocupações em relação aos efeitos da COVID-19 sobre a gestação começaram a ser manifestadas, logo no início do surgimento dos primeiros casos. Algumas gestantes demonstraram tendência a ficarem mais em casa e

manifestaram receio em comparecer às consultas presenciais na unidade de saúde. Outras, no entanto, manifestaram insegurança e temores por não terem as consultas de rotina durante todo o processo de gestação.

Uma das particularidades do centro de saúde em questão é atender uma grande população de estudantes com estadia temporária na cidade. Com isso, estudantes gestantes, que possuíam família residindo em outros municípios, mudaram-se para ficarem próximas de suas famílias neste período, e abandonaram o acompanhamento pré-natal.

O que está ajudando muito as equipes de saúde neste momento é o fato de contarem com tecnologias de informação e comunicação virtuais, como o WhatsApp e o E-mail. Através desses meios de comunicação, as gestantes conseguem contatar as equipes e, dessa forma, tem uma oportunidade de cuidado sem se exporem ao contágio com o vírus. Com essa nova realidade, que a pandemia trouxe, a equipe técnica de apoio à gestão se apressou em regulamentar as teleconsultas, e as equipes puderam passar a fazer atendimentos por essa modalidade, facilitando o acesso aos usuários.

Com o decorrer da pandemia, e com resultados bastante positivos em função das medidas de controle adotadas pela prefeitura local, algumas equipes de saúde foram se sentindo mais confiantes em fazer mais consultas de pré-natal presenciais, além do mínimo estabelecido pelo gestor. Como medida de precaução, para evitar idas desnecessárias à unidade de saúde, os exames necessários são solicitados e realizados pelas gestantes antes das consultas.

Como um dos objetivos da assistência pré-natal é prevenir complicações evitáveis, por exemplo, complicações decorrentes de hipertensão arterial, diabetes, doenças sexualmente transmissíveis, algumas equipes julgaram prudente que as gestantes tivessem pelo menos mais uma consulta no segundo trimestre de gestação.

Outro assunto que tem trazido a atenção das equipes às gestantes está relacionado ao universo do trabalho. Alguns serviços afastaram as funcionárias gestantes do ambiente de trabalho, para evitar exposição. No entanto, como a atual pandemia é uma situação sem precedentes, ainda não há legislação trabalhista específica que ampare essa situação. No decorrer do tempo, muitas empresas que foram liberadas a reabrir, não contemplaram as gestantes com a possibilidade de fazerem seu serviço à distância. Esse evento trouxe uma nova demanda às equipes de saúde: gestantes solicitando atestados de afastamento do trabalho em função do risco e do medo de adquirirem a COVID-19, ao sair de casa.

Estar na linha de frente no combate à pandemia tem trazido sofrimento às equipes de saúde. Enquanto toda a população foi, e muitos ainda continuam sendo, encorajados a ficarem em casa, os profissionais de saúde seguem em seus postos de trabalho, se informando e se capacitando diariamente, sobre a doença causada pelo novo coronavírus e sobre as formas de contágio. O desconhecimento sobre muitos aspectos relacionados à pandemia trouxe, e ainda traz angústias e estresse, relacionados às inúmeras incertezas. A população tem se mostrado assustada e os profissionais de saúde também, principalmente, porque todos os seres humanos estão sujeitos ao contágio, e alguns grupos de risco são mais vulneráveis, como é o caso dos idosos e pessoas portadoras de doenças crônicas.

Os profissionais de saúde, pelo fato de atenderem pessoas doentes, estão mais expostos ao contágio. Especialmente, os profissionais de Enfermagem, para os quais o objeto de trabalho é o cuidado e, por isso, permanecem por mais tempo ao lado dos pacientes e são os que executam o maior número de procedimentos técnicos.

As gestantes, em especial, manifestam muita tensão, porque seus questionamentos sobre os efeitos da COVID-19 sobre a gestação continuam sem respostas precisas. Ouvir dos

profissionais que as atendem que ainda não há conhecimento bem estabelecido, relacionado às consequências da doença sobre a gestação, trouxe e continua trazendo muita tensão e ansiedade. Neste momento as equipes reforçam a importância das medidas de prevenção ao contágio, do distanciamento físico e do isolamento social, sempre que possível.

DISCUSSÃO

A modificação da rotina de acompanhamento pré-natal, adotada na atenção primária à saúde em Florianópolis, com a chegada da pandemia, teve o intuito de diminuir a exposição das gestantes ao risco de contágio. A orientação de redução do número de consultas presenciais e a inclusão de teleconsultas estão em consonância com as orientações fornecidas em vários guias de cuidados durante a gestação, tanto nacionais, como internacionais⁽¹⁹⁻²²⁾.

Esses guias trazem orientações que vão desde diminuir o número de consultas presenciais, assim como incluir teleconsultas, estipular a duração da consulta, agendar exames no mesmo dia da consulta, restringir o número de pessoas na consulta, até o monitoramento domiciliar da pressão arterial. Além disso, recomendam testes de rastreamento para COVID-19, se disponíveis, e as medidas de prevenção que incluem uso de máscara cirúrgica pelo profissional e a gestante, medidas de higiene e distanciamento físico e, se necessário, o isolamento social. Chamam a atenção que a restrição das consultas pode trazer um efeito não desejável, que é dificultar o acesso das gestantes aos cuidados pré-natais. Vale ressaltar que o uso de tecnologias de informação e comunicação para promover o acesso, assim como pode facilitar o acesso para alguns, pode também promover iniquidades para outros, uma vez que as gestantes dependem não só do acesso a tais tecnologias, mas também do acesso a internet, entre outros aspectos.

Em função do pouco tempo decorrido desde que iniciou a pandemia, ainda existem informações limitadas e poucos conhecimentos científicos disponíveis acerca dos efeitos da COVID-19 durante a gestação⁽²³⁾.

Embora não se tenha observado nas gestantes uma maior susceptibilidade de adquirir COVID-19, as alterações fisiológicas no sistema imune delas podem trazer maior probabilidade de desenvolverem formas graves da doença, especialmente, no terceiro trimestre. Fatores de risco identificados em gestantes, associados com internações, são: etnia negra, asiática e minorias, sobrepeso ou obesidade, comorbidades e idade superior aos 35 anos. No entanto, não foi observado taxa maior de letalidade^(21-22,24).

Estudo realizado aponta que as gestantes que tiveram COVID-19 durante a gravidez, não apresentaram risco aumentado para aborto espontâneo e parto prematuro espontâneo. Assim como, o fato de que não há evidências de transmissão vertical, quando a infecção se manifesta durante o terceiro trimestre da gravidez⁽²⁵⁾.

Entretanto, informações sobre o primeiro e segundo trimestre ainda são escassas, e nesta fase, com as informações disponíveis, ainda não se pode descartar o risco aumentado de abortamento e nem de malformação fetal. Quanto ao terceiro trimestre, há estudos que indicam um papel importante na ocorrência de partos prematuros e sofrimento fetal^(21-22,24).

Não há dados sobre crescimento fetal e ainda não foi registrada nenhuma patologia relacionada à placenta. Em casos menos críticos de COVID-19, decisões relativas ao modo de parir devem ser tomadas com base nas indicações obstétricas, e não por presunção de proteção do bebê contra infecções. Efeitos sobre o desenvolvimento do bebê ainda não estão claros, e mais estudos são necessários para esclarecer se a transmissão vertical ocorre. Não foi relatado COVID-19 no leite materno^(21-22,24).

Todas as dificuldades que a pandemia trouxe para a sociedade podem aumentar a ansiedade e depressão entre a população em geral, além de acentuar o sofrimento psíquico preexistente. A gestação traz várias mudanças para a vida da mulher e representa um período de incertezas. Há evidências que as gestantes são, particularmente, susceptíveis a experimentar altos níveis de ansiedade e depressão durante a pandemia, mesmo aquelas com alta escolaridade e boas condições socioeconômicas^(22, 26). Pode estar associado à COVID-19 em si; ao impacto psicológico do isolamento social, que pode resultar em redução da rede de apoio familiar e de amigos; potencial dificuldade financeira; mudanças nas rotinas do pré-natal; além de inseguranças e dificuldades para acessar serviços de suporte à saúde e assistência social⁽²⁷⁾. Nesse aspecto, o enfermeiro, atuante na atenção primária, tem um papel fundamental na identificação de sinais de sofrimento psíquico nas gestantes e auxiliá-las a acessar os serviços de saúde mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia está afetando profundamente a sociedade como um todo e modificou, bastante, as rotinas dos serviços de saúde, entre eles o atendimento às gestantes. O uso de tecnologias de informação e comunicação virtuais com os usuários, que já vinha acontecendo nas unidades de saúde de Florianópolis antes da pandemia, está se comprovando um meio de acesso aos serviços de saúde muito útil, neste momento.

Há um longo caminho pela frente e pouco ainda se conhece sobre as consequências da COVID-19 sobre a gestação. O que está cada vez mais claro é a eficácia da prevenção do contágio por meio de medidas não farmacológicas, uma vez em que ainda não foi descoberto nenhuma vacina ou tratamento eficaz.

O enfermeiro, como integrante da equipe de saúde na atenção primária à saúde, tem uma atuação fundamental

nesta pandemia no que tange à educação em saúde, especialmente, no esclarecimento da população sobre a importância das medidas preventivas, para evitar a disseminação do vírus e no combate da doença COVID-19. Da mesma forma, a sua atuação é essencial para um atendimento qualificado durante o acompanhamento pré-natal, especialmente, no que se refere ao acolhimento e à escuta das gestantes.

Portanto, o enfermeiro precisa manter-se atualizado e ficar atento às limitações que são inerentes aos teleatendimentos e contribuir, com a sua equipe, para garantir que as gestantes tenham atendimento suficiente. Desse modo, reduzir as complicações evitáveis da gestação, bem como atentar para as implicações psicológicas que a pandemia acrescenta às gestantes. É importante articular o cuidado à saúde, quando necessário, com os demais profissionais da equipe, para alcançar o cuidado integral à saúde das gestantes.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Governo do Brasil. Online. 2020. Disponível em: www.gov.br. Acesso em 23/06/2020.
2. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. OPAS Brasil. Folha informativa - Covid-19 (doença causada pelo novo coronavírus). Atualizada em 07 de julho de 2020. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875. Acesso em: 08 julho 2020.
3. World Health Organization (WHO). Coronavirus disease (COVID-19) Situation Report – 170. Data as received by WHO from national authorities by 10:00 CEST, 15 July 2020. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>. Accessed: 16 julho 2020.
4. Brasil. Ministério da Saúde do Brasil. Coronavírus (COVID-19). Online. 2020. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/>. Acesso em 23/06/2020.

5. Brasil. Ministério da Saúde do Brasil. Coronavírus (COVID-19). Brasil confirma primeiro caso da doença. Publicado: Quarta, 26 de Fevereiro de 2020, 11h44. Última atualização em Quinta, 27 de Fevereiro de 2020, 14h42. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46435-brasil-confirma-primeiro-caso-de-novo-coronavirus>. Acesso em: 23 junho 2020.
6. Brasil. Coronavírus Brasil. Covid-19. Painel Coronavírus. Atualizado em: 15/07/2020 18:20. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 16 julho 2020.
7. Estado de Santa Catarina. Decreto nº 515 de 17 de março de 2020. Declara situação de emergência em todo o território catarinense, nos termos do COBRADE nº 1.5.1.1.0 - doenças infecciosas virais, para fins de prevenção e enfrentamento à COVID-19, e estabelece outras providências. Disponível em: https://www.normasbrasil.com.br/norma/decreto-515-2020-sc_390995.html. Acesso em: 05 julho 2020.
8. Secretaria de Estado da Saúde. Nota Técnica Conjunta nº. 002/2020 – COSEMS/SUV/SPS/SES/SC – COE (Atualizada em 23/03/2020). Dispõe sobre a notificação, investigação, coleta e orientações sobre os casos suspeitos da Covid-19 (novo coronavírus SARS-CoV-2). 2020. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/coronavirus/arquivos/ntc-002-2020-cosems-suv-sps-ses-sc.pdf>. Acesso em: 06 junho 2020.
9. Governo de Santa Catarina. Coronavírus. Boletim Epidemiológico. 15 de julho de 2020. 2020. Disponível em: <http://www.coronavirus.sc.gov.br/wp-content/uploads/2020/07/boletim-epidemiologico-15-07-2020.pdf>. Acesso em: 16 julho 2020.
10. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Covidômetro: o controle em nossas mãos. 2020. Disponível em: <https://covidometrofloripa.com.br/>. Acesso em: 16 julho 2020.
11. Assessoria de Comunicação do Centro Universitário de Viçosa. UNIVIÇOSA. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/mg/zona-da-mata/especial-publicitario/univicosasomos-o-centro-universitario-de-vicosanoticia/2020/04/14/distanciamento-social-isolamento-e-quarentena-entenda-as-diferencas.ghtml>. Acesso em: 15 abril 2020.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Ciclos da Vida. Coordenação de Saúde das Mulheres. Nota Técnica nº 7/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. Abr., 2020. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/gestao_em_saude/parto_adequado/SEI_MS_-0014259571_-_Nota_Tecnica__3__COSMU.pdf. Acesso em: 08 julho 2020.
13. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). (Atualizada em 08/05/2020). Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>. Acesso em: 05 julho 2020.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Ciclos da Vida. Coordenação da Saúde da Mulher. Nota Técnica Nº 12/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. Infecção COVID-19 e os riscos às mulheres no ciclo gravídico-puerperal. Abr., 2020. Disponível em: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/SEI_MS-0014496630-Nota-T%C3%A9cnica-4_18.04.2020.pdf. Acesso em: 08 julho 2020.
15. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=centros+de+saude&menu=0>. Acesso em: 06 julho 2020.
16. Prefeitura de Florianópolis. Saúde. Protocolo de enfermagem Volume 3. Saúde da mulher: acolhimento às demandas da mulher nos diferentes ciclos de vida. Florianópolis. Dez, 2016, versão 1.3. Atualizado em janeiro de 2020. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/03_01_2020_18.06.36.bec8823827025a10fda4d49948ab3948.pdf. Acesso em: 06 junho 2020.
17. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de atenção a saúde. Guia de Orientações para o enfrentamento da Pandemia de Covid-19: orientações voltadas à rede de atenção primária à saúde (APS) de Florianópolis/SC. Versão 15 de março de 2020. Disponível em: https://coremu.paginas.ufsc.br/files/2020/03/GUIA-DE-ORIENTAC%CC%A7O%CC%83ES_APS-versa%CC%83o-2_15mar2020.pdf. Acesso em: 06 julho 2020.

18. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Saúde. **PACK Brasil Adulto**. Practical approach to care kit. Kit de cuidados em atenção primária. Ferramenta de manejo clínico em Atenção Primária à Saúde. Versão Florianópolis. 2018. Disponível em: <https://www.doccity.com/pt/pack-adulto-florianopolis-mfc/5011501/>. Acesso em: 06 junho 2020.
19. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. Covid-19: Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia na Rede de Atenção à Saúde. Brasília, maio 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Instrumento-Orientador-Conass-Conasems-VERS%C3%83O-FINAL-3.pdf>. Acesso em: 08 julho 2020.
20. American College of Obstetricians and Gynecologist, Society for Maternal-Fetal Medicine. ACOG's dedicated page for information on the coronavirus pandemic, including our latest practice guidance: Advisory on Novel Coronavirus 2019 (COVID-19), and other resources. Available from: <https://www.acog.org/>. Accessed: 29/06/ 2020.
21. Society for Maternal-Fetal Medicine. SMFM's Board of Directors, Publications Committee, and volunteer leaders have developed a number of resources to guide MFM practice during the Covid-19 pandemic. Available from: <https://www.smfm.org/covidclinical>. Accessed: 30/06/2020.
22. Guidelines & research services. Coronavirus (COVID-19), pregnancy and women's health. Royal College of Obstetricians & Gynaecologist. update 4 june 2020. Available from: <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/coronavirus-covid-19-pregnancy-and-womens-health/>. Accessed: 08 de julho, 2020.
23. Breslin N, Baptiste C, Miller R, Fuchs K, Goffman D, Gyamfi-Bannerman C, et al. Coronavirus disease 2019 in pregnancy: early lessons. *Am J Obstet Gynecol MFM* 2020;2:100111. doi: 10.1016/j.ajogmf.2020.100111.
24. Mullins E, et al. Coronavirus in pregnancy and Delivery: rapid review. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2020 Mar 17 [Online ahead of print] - versão traduzida. 2020. Available from: <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/coronavirus-covid-19-pregnancy-and-womens-health/>. Accessed: 30 june 2020.
25. Yan J, Guo J, Fan C, Juan J, Yu X, Li J, et al. Coronavirus disease 2019 in pregnant women: a report based on 116 cases. *Am J Obstet Gynecol* 2020;223:111.e1-14. doi: 10.1016/j.ajog.2020.04.014.

26. Berthelot N, Lemieux R, Garon-Bissonnette J, Drouin-Maziade C, Martel E, Maziade M. Uptrend in distress and psychiatric symptomatology in pregnant women during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2020;99:848-55. doi: 10.1111/aogs.13925.

27. Guidance for healthcare professionals on coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy. Information for healthcare professionals. Published by the RCOG, Royal College of Midwives, Royal College of Paediatrics and Child Health, Public Health England and Public Health Scotland. Version 10.1: update 19 June 2020. Available from: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2020-06-18-coronavirus-covid-19-infection-in-pregnancy.pdf> . Accessed: 08 julho 2020.

A IMPORTÂNCIA E A VISIBILIDADE DA ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA SAÚDE GLOBAL EM TEMPOS DE COVID-19

Marli Terezinha Stein Backes

Janifer Souza Mendes

Lucimar de Souza Sampaio

Letícia Fumagalli da Silva

Jane Cristina Anders

INTRODUÇÃO

O Reino Unido, em parceria com a Organização Mundial de Saúde, elaborou um relatório parlamentar visando à prática da universalidade na assistência à saúde. Este foi intitulado como *Triple Impact* de 2016, produzido pela *All Party*, do Reino Unido, Grupo Parlamentar de Saúde Global. E que é representado por um triângulo, com o objetivo de melhorar a saúde, promover a igualdade de gênero e apoiar o crescimento econômico. Esse relatório informa que para que a cobertura universal à saúde ocorra, é necessária a consolidação da Enfermagem, mundialmente⁽¹⁾.

Essa importância é dada aos profissionais de Enfermagem, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Auxiliares de Enfermagem, devido que sua força de trabalho ser a mais numerosa na área da saúde, a nível mundial, tanto nos serviços públicos, como nos privados. Representa cerca de 59%, é uma profissão essencial, se organiza de forma peculiar e é considerada nuclear na estrutura das profissões da saúde, tanto no

Brasil, como no mundo, além de ser predominantemente formada por mulheres (90%)⁽²⁻³⁾.

No mundo, a partir do relatório recente da Organização Mundial de Saúde e do Conselho Internacional de Enfermeiros (*International Council of Nurses – ICN*), existem 27,9 milhões de profissionais de Enfermagem, dos quais 19,3 milhões (69%) são Enfermeiros, 6,0 milhões (22%) são Auxiliares de Enfermagem e 2,6 milhões (9%) não foram classificados em nenhum desses dois grupos⁽²⁾.

No Brasil, a participação da Enfermagem, na força de trabalho em saúde, representa 70,2%, constituída por 2.119.620 profissionais, dos quais 511.535 (24,13%) são Enfermeiros (ativos) e 1.608.085 (75,87%) não o são, ou seja, a maioria pertence às demais categorias de Enfermagem (Técnicos de Enfermagem, Auxiliares de Enfermagem, Atendentes de Enfermagem e Obstetizes) e é composta, em sua maioria (87%), por mulheres. A densidade é 101,4 profissionais de Enfermagem por 10 mil habitantes, ou seja, acima do limite em comparação com uma densidade de referência. O que indica que não há estimativa de escassez de profissionais de Enfermagem no Brasil^(2,4).

Entretanto, nota-se que em relação ao número de Enfermeiros no mundo, há uma relação inversa no Brasil, que possui apenas um terço (24,13%) de Enfermeiros ativos, enquanto no mundo há cerca de dois terços (69%). Esse dado indica que há escassez de Enfermeiros atuando no Brasil, especialmente nos interiores do país, uma vez que 56,8% vivem e trabalham nas capitais. E isso está relacionado ao baixo crescimento na empregabilidade desses profissionais “em toda a estrutura do SUS, seja na esfera pública, privada ou filantrópica, na qual é adotada a política de manter percentuais baixos de enfermeiros na composição da equipe de Enfermagem, gerando clara sobrecarga para os enfermeiros”^(3,11).

Os profissionais de Enfermagem, no Brasil, tem atuação em todo o país, desde os grandes centros até os locais mais

remotos, incluindo os 5.570 municípios e as 27 unidades da Federação. Tais profissionais estão presentes em todas as estruturas organizacionais do sistema de saúde, especialmente no Sistema Único de Saúde, em todos os níveis de atenção, tanto na atenção primária à saúde, como na secundária e terciária. E, assim como, em hospitais, unidades de pronto atendimento, ambulatorios, clínicas, centros de saúde, também em unidades de saúde da família, em serviços de atendimento móvel de urgência, em centros de parto normal, serviços de parto domiciliar e outros. O que vem contribuindo na implantação e implementação das diversas políticas de saúde e são fundamentais para a manutenção desse sistema⁽³⁾. Estes autores descrevem a essencialidade dos profissionais de Enfermagem e a sua forte atuação na atenção primária, oferecendo uma perspectiva de maior resolutividade, eficácia e eficiência.

“Por ser uma profissão que atua nas várias dimensões da saúde: na assistência (muito forte), na saúde pública, na prevenção e promoção da saúde, presente em todas as fases de nossas vidas: do nascer ao morrer, confere a ela a noção sociológica, de essencialidade no âmbito das profissões. Da mesma forma, a multifuncionalidade, característica da formação em Enfermagem, possibilitou a expansão dos espaços de atuação dos profissionais, que estão atuando em todos os processos e procedimentos do SUS, inclusive na gestão, coordenação de Programas como a Estratégia Saúde da Família, gerenciamento e a assistência. A Enfermagem é ponto nevrálgico de

qualquer sistema de Saúde – sem ela não há como seguir com o trabalho”^(3:8).

Entretanto, para que haja o fortalecimento dessa profissão, é necessário o desenvolvimento constante e o aprimoramento de competências e habilidades, que também necessitam ser exercidas com liderança e originalidade⁽⁵⁾.

Neste Capítulo, busca-se contextualizar a importância e a visibilidade da Enfermagem no Contexto da Saúde Global em tempos de COVID-19.

A CAMPANHA GLOBAL *NURSING NOW*

A elaboração do relatório “Triplo Impacto da Enfermagem”, como já mencionado, forneceu subsídios para a Campanha global chamada *Nursing Now*, lançada em fevereiro de 2018 e divulgada mundialmente por três anos (2018-2020), realizada em colaboração com a Organização Mundial de Saúde e o Conselho Internacional de Enfermeiras. Sendo realizado em busca de maior apoio aos Enfermeiros para: o fortalecimento da profissão, o empoderamento de Enfermeiros e Parteiras, investimento em formação na Enfermagem, desenvolvimento de políticas e habilidades de liderança para as decisões a serem tomadas sobre a saúde em seus países. Bem como estímulo aos profissionais para que ocupem posições de liderança, pesquisas de maior impacto e aprimoramento nas práticas de Enfermagem, assim visando melhorar a saúde das populações, elevando o perfil e estatus da Enfermagem em todo o mundo. Isso por meio de capacitação de Enfermeiros para que ocupem seu lugar no centro dos desafios de saúde do século XXI e maximizar suas contribuições para alcançar a Cobertura Universal de Saúde⁽⁶⁾.

No Brasil, a campanha *Nursing Now* foi lançada em abril de 2019, com o lema “Onde há vida, há Enfermagem”, sob a

liderança do Conselho Federal de Enfermagem e centro colaborador da Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde para o desenvolvimento da pesquisa em Enfermagem. O ano de 2020 foi escolhido em comemoração aos 200 anos de nascimento de Florence Nightingale, que nasceu em 1820, e é reconhecida como a precursora da Enfermagem⁽⁷⁾.

Para a campanha no Brasil, dentre as principais metas estão o revigoramento da educação; o engrandecimento dos profissionais da saúde, para que esses ampliem sua habilidade em liderança; melhores condições de trabalho; condições mais dignas de trabalho; e maior engajamento em pesquisas científicas baseadas em evidências⁽⁸⁾.

VISIBILIDADE DA ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19

Concomitante a essa Campanha Mundial, *Nursing Now*, de valorização da Enfermagem, nos deparamos com uma pandemia mundial, cujo agente etiológico é o novo coronavírus (SARS-CoV-2), causador da doença COVID-19. A doença iniciou na cidade de Wuhan, na China, no final de 2019⁽⁹⁾ e, em poucos meses, se espalhou pelo mundo todo.

No Brasil, a pandemia surgiu em fevereiro de 2020 com o primeiro caso, sendo também o primeiro em toda a América Latina⁽¹⁰⁾. Até o dia 16 de julho de 2020, foram registrados 1.966.748 casos na população brasileira em geral, com 75.366 mortes⁽¹¹⁾, indicando dificuldade de controle da doença no país.

No apogeu dessa pandemia, a OMS lança um novo relatório denominado “*State of the World's Nursing Report 2020*”, traduzido para o português “Relatório do Estado da Enfermagem no Mundo 2020”, evidenciando a importância e dedicação da Enfermagem no desempenho de suas atividades, com o objetivo de salvar vidas e priorizar, com urgência, o investimento na Enfermagem⁽²⁾.

Dessa maneira, diante da Campanha *Nursing Now 2020* e da pandemia de 2020, causada pelo novo coronavírus, que estamos vivenciando, surgem alguns questionamentos: o que a Campanha *Nursing Now 2020* tem a ver com essa pandemia de 2020? Será isso mera coincidência? O que esses dois fenômenos tem a ver com a Enfermagem no mundo?

Historicamente, a Enfermagem tem sido uma profissão com pouca visibilidade, submetida a baixos salários e condições de trabalho desfavoráveis. Entretanto, nesta pandemia de 2020, ela passou a ter uma maior visibilidade e a ser vista como protagonista na luta contra a COVID-19⁽¹²⁾. Vários são os destaques para a Enfermagem neste ano de 2020, ano Internacional da Enfermagem, tanto a nível nacional (Quadro 1), como internacional (Quadro 2), que tem circulado nos meios de comunicação social e redes sociais. Destacamos aqui alguns deles, que consideramos mais impactantes e pertinentes, priorizando os relacionados às grandes lideranças e referências na área. Vejamos alguns:

Quadro 1 – Alguém destaques nacionais para a Enfermagem

Depoimentos

Somos gente cuidando de gente

“ *Em face do momento que estamos vivendo, é importante lembrar que Quem Cuida Merece Cuidado. Esta assertiva traz meu sentimento mais profundo e verdadeiro como Conselheira do Coren/SC. Professora da UFSC e Enfermeira Assistencial, sei da sua importância para cerca de 61 mil profissionais de Enfermagem do Estado e 2 milhões de nosso país. Apesar de ser uma das categorias mais negligenciadas em remuneração e condições de trabalho, em dedicação, competência técnica e científica, espírito de solidariedade e garhaderia, mesmo correndo riscos, estão na linha de frente para prestar um cuidado seguro e de qualidade à população com os demais integrantes da equipe de saúde no combate ao Covid-19. Estou confiante que a união de esforços trará bons resultados com uso de EPI e segurança nos atendimentos. Ficamos fortalecidos para gente por mais tempo e atuação em todos as instituições de saúde. Contem com nosso apoio!”*



Evangelina Kotjras - Aherina das Santos
Conselheira do Coren/SC





Cofen defende melhores condições de trabalho para enfermagem

Publicado em 12/05/2020 - 16:40
Por Luciano Nascimento - Repórter da Agência Brasil - Brasília

O presidente do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), Manoel Neri, disse que a categoria não tem “nada a comemorar” no Dia Internacinal da Enfermagem, celebrado hoje (12/05/2020), em uma audiência da Comissão Externa da Câmara dos Deputados que acompanha ações de combate ao novo coronavírus (covid-19) para prestar homenagem aos profissionais.

Neri lembrou que a pandemia do novo coronavírus já é responsável pelo óbito de cerca de 100 profissionais de enfermagem que trabalham na linha de frente do combate ao vírus em todo o país. “Não temos tanto a comemorar como profissionais de enfermagem, não só pela grande tristeza pelos 100 profissionais que perderam suas vidas na linha de frente do combate à covid-19, não apenas pelo grande desgaste emocional e físico, mas também pelo medo de nos contaminarmos, de levarmos a contaminação às nossas famílias”, afirmou.

O presidente do Cofen disse que os profissionais de saúde que estão trabalhando na linha de frente no combate ao novo coronavírus vêm sofrendo um “grande desgaste emocional” e denunciou que, “muitas vezes, faltam equipamentos de proteção individual, como máscaras e luvas tanto em quantidade, quanto em qualidade”.

Neri disse ainda que, em razão dos baixos salários, os profissionais acabam tendo que trabalhar em mais de um local. “São profissionais que precisam trabalhar em mais de um vínculo empregatício, alguns trabalhando em dois, três lugares, em função dos baixíssimos salários que são praticados nos serviços de saúde brasileiros e, muitas vezes, se ausentam de cuidar da própria família”, disse.

Manoel Carlos Neri da Silva – Presidente do Conselho Federal de Enfermagem no Brasil





“Hoje, 12/05/2020, foi um dia de muitas reflexões!!! No ano Internacinal da Enfermagem fomos, talvez por forças jamais imagináveis, ou pelas almas ou espíritos de tantos profissionais da Enfermagem mortos no mundo pela Covid-19... Enfim... a sociedade reconheceu e enalteceu nosso trabalho, nossa profissão, quem nós somos... e nossas necessidades! Será que não daríamos conta de mostrar que profissão é essa, sem a fatalidade da pandemia?”

Muitos predicativos importantes foram mencionados, mas, talvez, muito aquém do que gostaríamos... Nosso domínio intelectual da tecnologia avançada, de controle de doenças transmissíveis e microorganismos nocivos, de cuidados em isolamento total em espaço individual no domicílio, de nosso domínio em educação em saúde, de gestão dos serviços de saúde, de resultados de pesquisa, enfim... reflexões sobre em que nossa profissão se destaca, mas também dos vazios de reconhecimento... Que satisfação ver a valorização da nossa profissão! Mas, que lição fica para novos reconhecimentos? Meta votos de uma feliz Semana da Enfermagem! (Enfermeira Alacque Lorenzini Erdmann – Professora e Vice Reitora da UFSC)



Carta aos enfermeiros.docx

Ass: Luciane de Rezende Pinto

As Enfermeiras e Enfermeiros do Brasil

Assim como homenagem pela dedicação dedicada ao trabalho em cuidado com os doentes, neste momento de pandemia de coronavírus.

A sociedade deve a vocês o exemplo de entrega, de amor, de entrega total e profunda, de competência.

Muitas páginas de trabalho foram dedicadas para este momento, em uma guerra terrível e solitária.

Tenham a certeza de que não estão soz.

Muito cordalmente,

Luciane Lacerda
Presidente da Academia Brasileira de Enfermagem

Quadro 2 – Alguns destaques internacionais para a Enfermagem



Homenagem de **Trump** às enfermeiras americanas, hoje 07/05/2020 na Casa Branca, dia Nacional da Enfermeira nos Estados Unidos. Com a presença de Ernest Grant presidente da poderosa ANA. "As enfermeiras refletem o caráter da América e resumem a capacidade inesgotável do espírito humano. Esses cuidadores notáveis exibem experiência profissional, dedicação altruísta, advocacia incansável e misericórdia, força e compaixão insuperáveis. Neste dia nacional das enfermeiras, Melânia e eu exortamos todos os cidadãos a se juntarem a nós para oferecer nossa gratidão sincera, apoio inflexível e maior respeito a esses profissionais de saúde inestimáveis".

Para vencer esta pandemia toca cuidar a las enfermeras

Tiene toda la razón, si se enferman las enfermeras quien cuidan a los pacientes, ya que los médicos solo prescriben y se van, pero la enfermera es la que permanece al pie del cañón con los pacientes.

Coronavirus: "Para vencer esta pandemia hay que cuidar de las enfermeras" -



REDACCIONMEDICA.COM

Coronavirus: "Para vencer esta pandemia hay que cuidar de las enfermeras"

Red Unión Nacional de Enfermeras y Enfermeros del Ecuador 23 de marzo a las 14:40 - 87



Londres 12/04/2020

O primeiro ministro britânico, **Boris Johnson**, hospitalizado há uma semana com Covid-19, recebeu alta neste domingo, três dias depois de deixar a Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Após a alta do hospital público onde ficou internado, agradeceu neste domingo o **NHS**, o sistema público gratuito de saúde britânico, inspirador do **SUS** brasileiro e que chamou de invencível.

Abatido e mais magro, **ainda fez questão de citar os dois enfermeiros estrangeiros, Jenny e Luis**, que estiveram ao seu lado nas 48 horas que considerou cruciais passadas na UTI. Ela, da Nova Zelândia. Ele, de Portugal: **Luis Pitama** é de Aveiro e tem 29 anos.

Vivian Oswald, especial para O Globo - 12/04/2020

Os profissionais de Enfermagem sempre estiveram na linha de frente nos atendimentos em saúde, zelando pela segurança do paciente, se expondo e contornando riscos, porém, nessa pandemia, a sua atuação é ainda maior devido a quantidade e a gravidade dos pacientes com COVID-19. Dessa maneira, esses profissionais têm sido fundamentais “no combate à pandemia, não apenas em razão de sua capacidade técnica, mas, também, por se tratarem da maior categoria profissional, sendo os únicos que permanecem 24 horas ao lado do paciente, estando, portanto, mais susceptíveis à infecção pelo novo coronavírus”⁽¹²⁾.

Esse contexto trouxe maior visibilidade para a profissão, não apenas pelo fato de esses profissionais serem essenciais no cuidado e atenção à saúde dos pacientes com COVID-19, mas também devido a sua própria exposição e risco crescente de contaminação e conseqüentes óbitos por COVID-19, especialmente, no Brasil.

DISCUSSÃO

Durante a pandemia da COVID-19, os profissionais de Enfermagem têm testemunhado o seu compromisso e comprometimento com o cuidado e com a vida humana, como nunca visto antes, expondo a sua própria vida ao risco de morte. Como consequência, os números sobre o adoecimento e morte de profissionais de Enfermagem, por COVID-19, aumenta diariamente. No Brasil, até o dia 16 de julho de 2020 foram registrados 26.804 casos e 285 óbitos, com uma letalidade de 2,17%. Entre as vítimas que evoluíram para óbito, a maioria era de jovens (80,7%), com idade até 60 anos, e a maior parte delas é da região sudeste (35,08%), sendo o maior número do estado de São Paulo⁽¹³⁾.

Segundo o Informe ENSP, de 12 de maio de 2020⁽¹⁴⁾, o Brasil já era o país que apresentava o maior número do total global de óbitos de profissionais de Enfermagem no mundo, apesar de

não ser o país com o maior número de vítimas da pandemia. Até essa data, os Estados Unidos, país com maior número de vítimas, havia perdido 46 profissionais de Enfermagem. E em relação aos demais países, consta neste informe que:

A Itália, segunda nação mais afetada pela doença com mais de 29.000 vítimas, teve 35 óbitos, de acordo com informações da *Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche*, entidade equivalente ao Cofen no país europeu. A Espanha, que vem logo atrás com mais de 25.000 mortos, teve apenas quatro óbitos entre profissionais da área, segundo o *Consejo General de Enfermería*. Os dois países europeus tiveram o início da crise antes que o Brasil e já passaram do pico de casos. Os dados da China, apesar de terem a confiabilidade contestada, somam 23 até o final de abril. [...] Ou seja, o Brasil corresponde à maior fatia do total global de óbitos na profissão. O órgão, no entanto, reconhece que este balanço é apenas a ponta do iceberg¹⁴¹.

Os profissionais de saúde apresentam chance três vezes maior de contrair o vírus (SARS-CoV-2), quando comparados com a população em geral e essa situação requer articulação política entre o Governo Federal, com os Estados e Municípios, para “elaborar, adaptar, implementar e fiscalizar leis, políticas e normas sobre saúde e segurança do trabalhador, de forma a garantir condições de trabalho adequadas e diminuir riscos à saúde dos trabalhadores durante a pandemia”¹⁵². As autoridades tem reconhecido que os profissionais de Enfermagem

estão em situação de vulnerabilidade, em relação à contaminação pelo vírus (SARS-CoV-2)⁽¹⁶⁾.

Inclusive, o COFEN tem recebido diversas denúncias de profissionais, pela falta e/ou restrição de disponibilidade de equipamentos de proteção individual adequados para a proteção contra a COVID-19 (álcool em gel, máscaras e macacões), por parte das instituições⁽¹⁷⁾.

Entretanto, alertas sobre as condições precárias de trabalho dos profissionais de saúde, de modo especial, dos profissionais de Enfermagem, já têm sido documentadas muito antes da pandemia da COVID-19. Especialmente, por meio da pesquisa intitulada Perfil da Enfermagem no Brasil⁽¹⁸⁾ e, diante da atual crise sanitária, elas tem sido reforçadas e colocadas em evidência, principalmente, em decorrência do adoecimento e morte dos profissionais, ainda mais, dos profissionais de Enfermagem⁽¹⁹⁾.

“A atuação dos/as trabalhadores/as da saúde é elemento central no enfrentamento da pandemia. A realização deste trabalho não pode ser caminho para o adoecimento e a morte. O direito à vida e a execução do trabalho em condições seguras e protegidas é uma meta a ser incorporada nas ações de enfrentamento da epidemia. Sem esse elo da rede de atenção, não há como superar essa situação de desastre e crise. As contribuições aqui sistematizadas objetivam chamar a atenção para problemas consistentemente já sinalizados na literatura, com evidências robustas. Pretendem ainda contribuir para fortalecer alertas que não nascem nessa

epidemia, mas que a sua vivência permite visualizar com maior clareza: é preciso prover condições de trabalho adequadas para que o trabalho possa ser realizado e alcançar suas finalidades e, para isto ocorrer, é preciso garantir e proteger a vida dos/as trabalhadores/as”^(19:15).

Diante das condições de trabalho dos profissionais de Enfermagem no Brasil, Silva e Machado³ fizeram o seguinte desabafo:

“Os profissionais da Enfermagem parecem invisíveis aos olhos dos políticos, dos empresários e dirigentes das instituições de saúde e, muitas vezes, da população. São invisíveis até para eles próprios, que tem a autoestima baixa. A maior área da saúde, com mais de dois milhões de brasileiros, não consegue ver aprovadas as reivindicações imprescindíveis para a melhoria de seu trabalho, de sua saúde e de toda a população do País. É curioso como não percebem ou fingem não perceber esse gargalo na saúde”^(3:12).

Apesar de todos os avanços tecnológicos e inovações conquistadas na área da saúde, o ser humano ainda continua sendo o mais importante insumo, como bem destacado por Silva e Machado⁽³⁾:

É o olhar, o toque, a presença, o atendimento preciso, a técnica e a fidelidade

do profissional de Enfermagem que, mesmo tendo todas as dificuldades, está à frente dos principais procedimentos. Na entrada e em todos os estágios e processos de um atendimento. Quando os dirigentes de hospitais e os dirigentes públicos dizem se tratar de uma categoria muito grande e, por isso, ser difícil aprovar um piso salarial digno, uma jornada compatível com o trabalho desses profissionais porque a saúde entrará em colapso, na verdade estão negando esses direitos, os quais já estão provados que não afetarão economicamente, ao contrário, trarão mais ganhos para a saúde, com atendimentos mais saudáveis feitos por profissionais mais felizes, realizados, descansados. Negam sim, por terem a certeza do compromisso de cada um desses trabalhadores com a saúde, com a população. Têm a certeza que eles não são irresponsáveis, ao contrário, são comprometidos com a vida, com o outro”^(3,12).

A pandemia da COVID-19 destaca não apenas a defesa do Sistema Único de Saúde e de seus princípios de universalidade, integralidade e equidade, como também coloca em evidência a garantia dos direitos dos trabalhadores, especialmente, dos profissionais da saúde, tais como: o direito ao acesso aos serviços de saúde, mas também o direito à proteção social “nos casos de impossibilidade de exercer suas atividades de trabalho, direito ao trabalho digno, instrumentalizado e protegido aos trabalhadores e trabalhadoras dos

serviços essenciais públicos e privados e, mais do que nunca, o direito fundamental à vida”^(15:10).

Neste contexto pandêmico, são fundamentais os debates, discussões e reivindicações por melhores condições de trabalho e saúde dos profissionais de Enfermagem, não apenas no enfrentamento da pandemia, pois tais profissionais já vinham trabalhando em condições precárias há muito tempo. Fica a pergunta: Quem cuida de quem cuida? Quem cuida dos profissionais de Enfermagem? E se quem cuidava não puder mais cuidar, quem cuidará dos pacientes, do outro, de quem precisa de cuidado? Todos nós estamos sujeitos ao adoecimento, e todos precisamos de cuidado.

Quando os enfermeiros são críticos, reflexivos e possuem autonomia, liderança e poder de decisão, conseguem dar maior visibilidade e fortalecimento à profissão. A busca por esse fortalecimento da autonomia visa também fazer com que os enfermeiros participem ativamente na elaboração de políticas públicas de saúde, buscando, assim, a eficácia das ações do sistema de saúde⁽²⁾.

A Enfermagem é uma profissão que se constituiu através da identidade feminina, e com poucos cargos de gerência ocupados pelos profissionais de Enfermagem ou por mulheres⁽²⁰⁾. Essa característica traz consigo diversos paradigmas, que impulsionam os profissionais de Enfermagem a buscarem a sua valorização e reconhecimento profissional, bem como o empoderamento frente às questões que envolvem as relações de poder, lutas de classe e gênero que estão presentes, tanto na sociedade, quanto no ambiente de trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O *Nursing Now* não surgiu à toa. Aliado à pandemia de 2020, certamente será a oportunidade para olharmos com carinho, mais respeito, valorização e reconhecimento para a

profissão de Enfermagem e os profissionais de Enfermagem que estão sempre ao nosso lado, especialmente nos momentos mais difíceis, trágicos e catastróficos, como este que estamos vivendo nesta pandemia da COVID-19. E é uma verdadeira batalha biológica no combate contra um vírus invisível e mortal, que vem desastrando e aniquilando vidas humanas aos milhares, no mundo inteiro, e atingindo todos os continentes, nações, classes sociais, raças e etnias.

Que esta pandemia possa servir como uma oportunidade para desenvolvermos a nossa espiritualidade, investindo no ser humano, no ser gente, no ser dedicado e delicado que se expressa por meio do cuidado, para podermos encontrar um novo sentido para a vida. E que possamos aprender a cuidar mais uns dos outros, praticando a solidariedade, a compaixão, a ajuda mútua, o importar-se com as pessoas, especialmente com os profissionais de Enfermagem, que cuidam de todos nós.

REFERÊNCIAS

1. All-Party Parliamentary Group on Global Health: Triple Impact – how developing nursing will improve health, promote gender equality and support economic growth; London, 17 October 2016. Available from: <http://www.appg.globalhealth.org.uk/>.
2. World Health Organization (Who). State of the world's nursing 2020. Investing in education, jobs and leadership. Switzerland, 6 April 2020. 2020. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331673/9789240003293-eng.pdf>.
3. Silva MCN, Machado MH. Health and Work System: challenges for the Nursing in Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020;25(1):7-13. doi: 10.1590/1413-81232020251.27572019.
4. World Health Organization (Who). State of the world's nursing 2020. Brazil. 2020. Available from: <https://apps.who.int/nhwportal/Sown/Files?name=BRA>.
5. Wong SL, Green LA, Bazemore AW, Miller BF. How to write a health policy brief. *Fam Syst Heal*. 2017 Dec 1;35(1):21-4. doi: 10.1037/fsh0000238.

6. World Health Organization (Who). Campanha Enfermagem Agora [Internet]. London, 27 February 2018. [cited 2020 Apr 9]. Available from: https://www.who.int/hrh/news/2018/nursing_now_campaign/en/.
7. Organização Pan-americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. OPAS/OMS Brasil. Brasil adere à campanha Nursing Now para fortalecer papel de enfermeiras e enfermeiros na eliminação de barreiras ao acesso à saúde [Internet]. 30 de abril de 2019. Available from: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5923:brasil-adere-a-campanha-nursing-now-para-fortalecer-papel-de-enfermeiras-e-enfermeiros-na-eliminacao-de-barreiras-ao-acesso-a-saude&Itemid=844.
8. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Cofen define lançamento da Campanha Nursing Now [Internet]. Brasil, 03 de abril de 2019. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/cofen-define-lancamento-da-campanha-nursing-now_69876.html.
9. Xu S, Li Y. Beware of the second wave of Covid-19. Lancet [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 15];395:1321-2. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30845-X.
10. Ministério da Saúde (Br). Ministério da Saúde confirma primeiro caso de coronavírus no Brasil. Ciência e Saúde, G1 [Internet]. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2020/02/26/ministerio-da-saude-fala-sobre-caso-possivel-paciente-com-coronavirus.ghtml>.
11. Ministério da Saúde (Br). Coronavírus Brasil. Covid-19: Painel Coronavírus [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>.
12. Souza e Souza LPS, Souza AG. Enfermagem brasileira na linha de frente contra o novo Coronavírus: quem cuidará de quem cuida? J. nurs. health. 2020;10(n.esp.):e20104005. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/18444/11237>. Acesso em: 11 julho 2020.
13. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Observatório da enfermagem. Última atualização em 09 de julho de 2020. Disponível em: <http://observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br/>.
14. Brasil já perdeu mais profissionais de enfermagem para o coronavírus do que Itália e Espanha juntas - Informe ENSP. Publicada em 08/05/2020. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/48864>.

15. Barroso BIL, Souza MBCA, Bregalda MM, Lancman M, Costa VBB. Worker health in covid-19 times: reflections on health, safety and occupational therapy. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional/Brazilian Journal of Occupational Therapy*, Preprint, 2020.
16. United Nations (UN). Covid-19 highlights nurses' vulnerability as backbone to health services worldwide [Internet]. 2020. Available from: <https://news.un.org/en/story/2020/04/1061232>.
17. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Denúncias por falta de EPIs entre profissionais de saúde aumentaram. Reportagem do Jornal Hoje mostra os relatos dos profissionais de Enfermagem. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/denuncias-por-falta-de-epis-entre-profissionais-de-saude-aumentaram_78772.html. Acesso em: 16 julho 2020.
18. Machado, MH (Coord.). Perfil da enfermagem no Brasil: relatório final. Rio de Janeiro: NERHUS - DAPS - ENSP/Fiocruz, 2017, 748p. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/pdfs/relatoriofinal.pdf>. Acesso em: 16 julho 2020.
19. Heliotério MC, Lopes FQRS, Sousa CC, Souza FO, Freitas PSP, Sousa FNF, et al. Covid-19: why is health protection for health workers a priority in combating the pandemic? Preprint, 2020. doi: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.664>.
20. Dias MO, Souza NVDO, Penna LHG, Gallasch CH. Perception of nursing leadership on the fight against the precariousness of working conditions. *Rev. esc. enferm. USP*, 53:e03492, 2019. doi: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018025503492>.



Parte 2

PRODUÇÕES INTERNACIONAIS



A LIDERANÇA DA ENFERMAGEM NA GARANTIA DA SEGURANÇA DOS PACIENTES E PROFISSIONAIS DURANTE A COVID-19 – A EXPERIÊNCIA DA ARÁBIA SAUDITA

Sofia Macedo

Marcia Pestana-Santos

Lurdes Lomba

INTRODUÇÃO

A defesa da segurança do paciente é incontornável e ninguém argumentaria a favor do dano do doente. Desde a publicação do relatório *To Err is Human*, em 1999, a segurança dos pacientes tem sido prioridade para os decisores de políticas da saúde pública. No entanto, vinte anos depois, e apesar dos constantes progressos, os danos aos pacientes continuam a ser uma realidade diária, na assistência à saúde em todo o mundo⁽¹⁾.

O panorama global dos cuidados de saúde está a mudar e, atualmente, os sistemas de saúde atuam em um ambiente altamente volátil e complexo. Assistimos a avanços tecnológicos, novos tratamentos e modelos de prestação de cuidados com potencial terapêutico, os quais podem acarretar novos riscos com elevado potencial para causar dano aos pacientes, tornando-se assim uma ameaça à segurança na prestação de cuidados. À medida que os países reformulam os seus sistemas de saúde, os programas nacionais de saúde devem assegurar não

só a integração da cobertura universal de saúde, mas também que essa seja segura⁽¹⁾. Dessa forma, devem ser desenhados e implementados novos modelos de cuidados, em que as organizações devem garantir cuidados de elevada fiabilidade, semelhantes a indústrias que mantêm um registo de segurança sólido, tais como a aviação, exército e energia nuclear^(1,2).

A evidência estima que ocorrem 134 milhões de eventos adversos por ano em hospitais de países de baixa e média renda, contribuindo para 2.6 milhões de mortes. Em países de alta renda, aproximadamente 1 em cada 10 pacientes é vítima de erro na assistência à saúde. Contudo, cerca de dois terços do total dos eventos adversos ocorrem nos países de baixa e média renda^(3,4).

A infecção pelo SARS-COV-2 expandiu-se muito rapidamente e está presente em 188 países e territórios, afetando todos os continentes. No dia 22 de junho de 2020, o SARS-COV-2 infetou mais de 9.071.000 pessoas e provocou 471.162 mortes, em todo o mundo⁽⁵⁾. Na Arábia Saudita, o primeiro caso foi diagnosticado no dia 3 de março e hoje o país conta com 161.005 casos diagnosticados e 1.307 mortes, em um total de 34.797.730 habitantes⁽⁵⁾.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2020), os enfermeiros representam 59% dos profissionais da área da saúde. Quase que por ironia, no ano internacional dedicado aos enfermeiros e parteiras de todo o mundo, surge a pandemia de COVID-19, colocando à prova as fragilidades dos sistemas de saúde a nível global⁽⁶⁾. Para combater uma rutura iminente, a humanidade rapidamente demonstrou que pode construir ventiladores ou montar um hospital com capacidade para 1000 camas em 10 dias. Mas, viu também que não consegue formar ou capacitar profissionais de saúde do dia para a noite⁽⁷⁾. Nesse contexto, a existência de modelos estratégicos de prestação de cuidados, visando a eliminação do erro, garantem a segurança, tanto de pacientes, como dos próprios profissionais de saúde, em situações de particular complexidade como a atual⁽⁸⁾.

Dessa forma, a liderança em Enfermagem tem sido vital para o desenvolvimento de planos de atuação contínuos e eficazes, que garantam não só os cuidados aos pacientes de COVID-19, mas também a segurança e a qualidade nos cuidados prestados aos pacientes não-COVID. Estes incluem ainda a salvaguarda das condições de trabalho dos profissionais da linha da frente, com especial enfoque na proteção da saúde física e mental. Na verdade, e tal como refere a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (2003), quando “os níveis de pessoal e os ambientes de trabalho não são seguros para os enfermeiros, não serão seguros para os pacientes”⁽⁹⁾.

No Médio Oriente, para além de uma escassez global e prolongada de profissionais de saúde - associada a uma combinação de desequilíbrios geográficos e de competências dos profissionais de saúde, aliada á carência de profissionais especializados - a situação é agravada pelas limitações financeiras da região⁽¹⁰⁾. A doença de COVID-19 exige uma resposta ágil, comprometida por uma crise de mão de obra no setor da saúde e que exige uma solução célere⁽¹⁰⁾.

Muitas das instituições de saúde da Arábia Saudita enfrentam uma procura de cuidados acrescida por COVID-19. Por esse motivo, os líderes institucionais são incitados a responder aos desafios relacionados com a falta de recursos humanos e com o aumento do fluxo de doentes resultante da pandemia⁽¹¹⁾. Posto isso, o *Saudi Patient Safety Center* elaborou recomendações específicas, que visam orientar os prestadores de cuidados para responderem aos desafios específicos despoletados pela pandemia.

O objetivo deste capítulo é evidenciar a influência da liderança em Enfermagem na elaboração de recomendações para a gestão da pandemia de COVID-19, garantindo a segurança de pacientes e profissionais, na Arábia Saudita.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, elaborado no contexto de pandemia de COVID-19 e experienciado a partir da posição única de liderança da primeira autora, enfermeira no *Saudi Patient Safety Center*, na Arábia Saudita. A sua posição, nesse departamento governamental, permite-lhe influenciar os processos de tomada de decisão, no âmbito da elaboração de recomendações, visando a segurança do paciente e profissionais de saúde na gestão dos cuidados durante a pandemia. À medida que a pandemia do COVID-19 evoluiu, importa compartilhar com a comunidade global de enfermeiros a sua experiência na orientação de políticas e recomendações vitais para o gerenciamento bem-sucedido da pandemia.

Os procedimentos de análise propostos têm enfoque nas recomendações elaboradas por esse centro, integradas no *COVID-19 Safety Guide for Healthcare Professionals*⁽¹²⁾. Essas recomendações objetivam orientar os profissionais de saúde para a manutenção da sua segurança e dos seus pacientes (COVID-19 e não-COVID-19) como prioridade máxima. As recomendações propostas para análise baseiam-se em *guidelines* atuais, apresentadas por associações de profissionais de saúde e nas lições aprendidas com as equipes de saúde, gestores e líderes executivos da linha da frente na pandemia por COVID-19.

Nesse contexto, a segurança do paciente é o marco teórico de referência deste trabalho. Em um entendimento de que esta se refere à redução do risco de danos evitáveis e desnecessários, relacionados com os cuidados de saúde. Esse constructo permite entender e prever os efeitos de práticas de segurança do paciente, das intervenções destinadas a prevenir ou eliminar os danos causados pela assistência à saúde. A teoria pode ainda ser utilizada para explicar o comportamento clínico e organizacional, para guiar o desenvolvimento e a seleção de práticas de segurança do paciente e para avaliar sua implementação e seus

mecanismos de ação⁽¹³⁾. A influência do pensamento de Enfermagem é evidenciada nos termos das práticas de segurança do paciente, recomendadas no âmbito de políticas de saúde a adotar face à pandemia atual.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Qualquer modelo de gestão de equipes de saúde, desenvolvido para superar os desafios impulsionados pela pandemia de COVID-19, deve respeitar as premissas de garantir a segurança dos profissionais de saúde, reduzindo a probabilidade de infecção e *burnout*, assim como a segurança dos pacientes (COVID-19 e não-COVID). Logo, assegurando que os cuidados são adequados, oportunos e seguros⁽¹²⁾.

As recomendações apresentadas visaram responder a áreas de atenção maior, identificadas por líderes de Enfermagem na Arábia Saudita. Apesar de terem sido definidas como *Major Nursing Challenges during the Pandemic*, têm um impacto institucional e nacional relevante, devido à interação e interdependência das dinâmicas que caracterizam os sistemas de saúde⁽¹⁴⁾. Por outro lado, a falta de medidas coloca em risco a segurança dos profissionais de saúde, a segurança dos doentes COVID-19 e dos doentes não-COVID. As recomendações focaram-se nos seguintes aspetos: risco de infecção cruzada, ausência de *guidelines* e protocolos, escassez de profissionais de saúde e de equipamentos de proteção individual, baixa adesão à higienização das mãos, carência de treino e educação sobre a pandemia e, por fim, stress no local de trabalho.

Tendo em conta o acima exposto, as recomendações propostas são categorizadas em dois temas de análise: segurança dos profissionais de saúde e segurança dos doentes COVID-19 e dos doentes não-COVID.

SEGURANÇA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Enquanto enfermeira líder e responsável nacional pelos programas de formação em Segurança do Paciente, do *Saudi Patient Safety Center*, a autora também lidera um grupo de trabalho nacional intitulado *Safe Staffing Saves Lives*. Nesse contexto, e com o objetivo de desenvolver programas formativos na área da segurança dos profissionais de saúde e melhoraria da segurança dos pacientes, é com frequência que são recolhidos testemunhos, em que é evidenciada a lacuna que existe no reconhecimento desse fator, adequando do desenvolvimento de planos estratégicos para a segurança dos pacientes. Desse modo, foi crucial a conceitualização de realidades que chegam diariamente à secretaria da autora e utilizar esses conceitos como guia norteador das recomendações a desenvolver, tendo em vista ser o que realmente importa para os colegas da linha da frente.

Os profissionais de saúde são a espinha dorsal dos sistemas de saúde, sendo acometidos de responsabilidades e riscos adicionais na resposta à pandemia da COVID-19. Esses riscos incluem a exposição a agentes patogênicos, sofrimento psicológico, fadiga, sobrecarga de horas de trabalho, esgotamento e violência física e psicológica. Nesse contexto, todos os profissionais deverão considerar as melhores práticas para a redução da transmissão do SARS-COV-2 dentro das equipes multidisciplinares, e diminuir o impacto da pandemia no local de trabalho, mantendo um ambiente saudável⁽¹⁵⁾.

Por outro lado, em uma época em que os sistemas de saúde, a nível mundial, carecem desesperadamente de mais profissionais de saúde, os líderes devem ser inovadores no desenvolvimento de estratégias para impulsionar a força de trabalho em Enfermagem. No entanto, os governos devem reconhecer que a manutenção dos padrões de cuidados, a proteção das equipes e dos pacientes são um ponto crucial a considerar, quando anunciam medidas alternativas⁽⁷⁾.

Dessa forma, é crucial o investimento acelerado na formação baseada em evidência, através da utilização de currículos, formação *online*, suporte de formação, laboratórios de simulação e plataformas virtuais. A liderança em Enfermagem tem, por isso, um papel fundamental no planeamento e implementação de simulação e treino sobre a técnica de colocação e remoção do equipamento de proteção individual. Da mesma forma, recomenda-se que enfermeiros proporcionem formação regular e atendida, para atualizar o conhecimento sobre os sintomas da COVID-19, meios de transmissão, identificação de casos, gestão clínica e sistemas de encaminhamento adaptados para a COVID-19. Estando na linha da frente, os enfermeiros líderes são os primeiros a reconhecer os doentes sintomáticos e a harmonizar o esforço da resposta. Isso promove grupos de trabalho altamente eficazes e relações fortes com a comunidade, que são essenciais no início e na gestão da pandemia.

Além disso, os enfermeiros que ocupam posições executivas são vitais no desenvolvimento do *business continuity plans*. Pelo processo formativo e experiência na prática clínica diária, faz com que esses profissionais facilmente sejam os dinamizadores e coordenadores na assistência à saúde no processo de cuidados. O fato de serem profissionais experientes e dotados de competências ao nível da gestão institucional e operacional dos sistemas de saúde, no âmbito financeiro, da segurança e qualidade de cuidados, potencia a capacidade para gerirem e serem parceiros na reorganização do sistema de saúde, que se faz necessária durante a pandemia⁽¹⁶⁾. Essa reorganização contempla a manutenção dos serviços através da mobilização, recolocação e redefinição dos profissionais de saúde, nomeadamente das equipas de Enfermagem. As recomendações disseminadas, nesse sentido, têm como objetivo a não cessação da continuidade dos serviços essenciais de saúde. No entanto, de acordo com as recomendações defendidas pela liderança de Enfermagem, a mobilização/recolocação dos profissionais de

áreas altamente especializadas, por exemplo, enfermeiros de oncologia, enfermeiros de salas de operações, entre outros, devem ser efetuadas de acordo com as recomendações de associações profissionais específicas. Tais como a *Oncology Nursing Society*, que aconselha qual a melhor abordagem para a mobilização dos profissionais da área de oncologia. Além disso, essas recomendações, da Arábia Saudita, para a promoção da segurança dos profissionais de saúde em tempos de COVID-19, realçam que a mobilização de pessoal só deve ser realizada após o treino de competências básicas, sobre controle de infecção e prestação de cuidados⁽¹⁷⁾. Essas evidenciam a influência do pensamento de Enfermagem e são explícitas no documento do *Saudi Patient Safety Center*, anteriormente referido.

Por outro lado, os profissionais de saúde devem estar na sua melhor condição física e mental, para poderem cuidar dos seus pacientes com a melhor qualidade e segurança possível. No entanto, quando há medo de contágio, medo de infectar as suas próprias famílias, isolamento da família e condições de trabalho precárias, tais como a escassez de pessoal ou a falta de equipamento de proteção; esses podem levar a sentimentos de exasperação, vulnerabilidade, raiva e impotência. Nesse sentido, foi vital influenciar as recomendações nacionais para que incluíssem guias de atuação que orientem, para que os líderes institucionais implementem estruturas e processos locais que abordem a segurança psicológica, com o mesmo nível de importância atribuído à segurança física.

Assim, os líderes são encorajados a garantir que, diariamente, os seus colaboradores assinalem sempre que não se sintam seguros ou que os pacientes estejam em risco, através da promoção de uma comunicação aberta, honesta e contínua. De igual modo, esses devem encorajar os profissionais a apresentarem ideias inovadoras, que possam apoiar a equipe e a instituição, proporcionando-lhes a sensação de fazerem parte da solução e sentido de controle. As preocupações dos

profissionais devem ser ouvidas e esses devem ser tranquilizados, no sentido de que a primeira prioridade da instituição é a sua segurança. Por outro lado, os líderes, ao proporcionarem formação frequente em simulação, aumentam os sentimentos de percepção, adequação e competência para cuidar de pacientes COVID-19, concentrando a atenção na redução de eventos adversos e na segurança dos profissionais. Igualmente, estabelecer uma estratégia de comunicação diária, com informação atualizada sobre a COVID-19, com enfoque específico no que a instituição está a fazer para proteger os seus profissionais, reduz as hipóteses de desconhecimento, gerador de stress e de ansiedade⁽¹⁸⁾.

Finalmente, o estabelecimento na instituição de um grupo de intervenção formal para segundas vítimas (profissionais de saúde) é encorajado e recomendado pela liderança em Enfermagem. Esse grupo de trabalho funciona permanentemente (24/7) e fornecerá apoio emocional ao pessoal que está a vivenciar eventos estressantes, relacionados com a COVID-19 (por elevado fluxo de pacientes, elevado número de mortes, medo de contaminação, ruptura de meios de resposta de suporte de vida, entre outros). O objetivo de normalizar os sentimentos de ansiedade, perda de controlo, medo e outros, passa por prestar primeiros socorros psicológicos, identificar recursos de apoio e encaminhar os profissionais para apoio especializado, se necessário^(15,19).

SEGURANÇA DOS DOENTES COVID-19 E NÃO-COVID

Em Junho de 2020, foi estimado que, no mínimo, 1,2 milhões de pessoas tenham morrido, a nível global, por algum tipo de dano ou erro médico evitável, ao passo que 480.432 pessoas morreram devido ao surto do coronavírus SARS-COV-2.

O *Saudi Patient Safety Center* é uma entidade governamental consultiva, que tem como objetivo difundir as melhores

práticas disponíveis, que promovem a segurança dos cuidados aos cidadãos da Arábia Saudita. Considerando que não se trata de uma autoridade legal, tanto os pacientes, como os profissionais de saúde sentem-se livres para partilhar informações bizarras ou casos informais sobre cuidados inseguros. Como formadora, a nível nacional, no âmbito da segurança do paciente, e sendo enfermeira, a primeira autora detém uma posição privilegiada no acesso a essa informação. Principalmente, através dos colegas enfermeiros, com quem mantém uma relação de proximidade, dada a experiência clínica anterior. Isso permite integrar as preocupações sobre os danos ao paciente, e que são partilhadas no contexto de recomendações.

De fato, o número de pessoas que morrem de cuidados não seguros está, provavelmente, subestimado. O mundo enfrenta e combate uma ameaça à saúde global, sem precedentes, que exige decisões clínicas rápidas, mas incertas e que são tomadas ao segundo, com recursos materiais e humanos muito limitados. Essas condições de trabalho desfavoráveis são de risco, que despoletam uma série de ações que colocam os pacientes em risco, podendo culminar na perda de vidas.

Ao nível global, os meios de comunicação social concentraram-se na escassez de camas, de unidades de terapia intensiva e número de ventiladores disponíveis. Prontamente, as empresas tecnológicas, um pouco por todo o mundo, apresentaram soluções em um curto período de tempo. Entre montagem de hospitais, desenho, fabricação e produção de ventiladores em tempo recorde, os desafios tecnológicos foram amplamente superados. No entanto, e porque os profissionais de saúde não se formam de um dia para o outro, foi necessário estabelecer um conjunto de estratégias inovadoras e de modelos de recursos humanos à *prova de pandemias* (figura 1).

- Pandemic-proof staffing approach



Figura 1. Pandemic-proof staffing approach. (Modelo de recursos humanos à prova de pandemias).

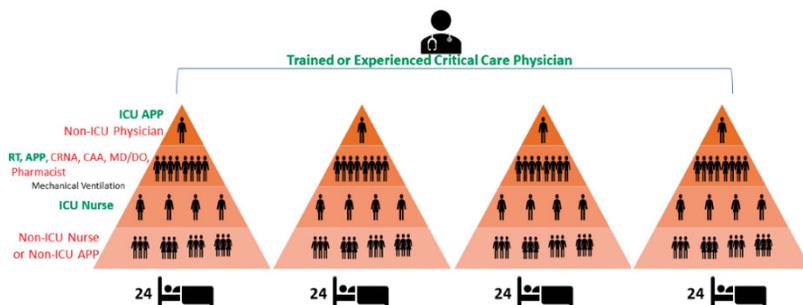
Nesse sentido, a influência da liderança em Enfermagem no estabelecimento de recomendações, que visam a readaptação dos modelos de cuidados, foi vital. Assim sendo, os rácios propostos consideram os seguintes fatores: o elevado risco de infecção dos profissionais, o potencial aumento da carga de trabalho relacionada com os doentes por COVID-19, a realização de procedimentos de alto risco e o tempo consumido para colocação e remoção de equipamento de proteção individual, tal como relatado pela Associação Nacional Italiana de Enfermeiros de Cuidados Críticos. Assim, a recomendação de rácios seguros para unidades suspeitas/COVID-19 positivas, enfermeiro/doente foi da seguinte forma: UTI – 1:1 e quando possível 2:1 para procedimentos de elevada complexidade e como foi recomendado pela associação italiana, em certas situações; médico/cirúrgico – 1:2 ou 1:3 no máximo; sala de emergência – agudos 1:2; sala de emergência – ressuscitação 1:1; e na sala de operações 2:1 ou 3:1⁽²⁰⁾.

Além do reconhecimento dos líderes em Enfermagem na necessidade de se reajustar rácios, para que a prestação

de cuidados a doentes COVID-19 e não-COVID seja segura, eles oferecem às administrações institucionais *expertise* na gestão do ambiente de trabalho e escoamento de pacientes, algo que foi particularmente evidente durante a atual situação de pandemia. A capacidade e facilidade dos enfermeiros para coordenar e trabalhar em equipe, torna-os altamente eficazes na participação e envolvimento na tomada de decisão, sendo essa uma característica vital, que acrescenta integridade e valor ao trabalho que hoje se faz⁽¹⁶⁾. Essas competências assumem particular importância na coordenação e identificação adequada, em contexto de doenças infectocontagiosas, como é o caso da COVID-19. Tornou-se vital o reajuste das dinâmicas de trabalho em equipe, cujas recomendações foram disseminadas a nível nacional. Com especial realce para: as considerações no âmbito do desenvolvimento de uma abordagem baseada em equipe, para enfermeiros e médicos; para as áreas com pacientes críticos COVID-19, como uma estratégia de maximização de pessoal⁽²¹⁾; a adoção do modelo de pessoal em camadas (*tiered staffing strategy*), modelo esse bem estabelecido e incentivado pela *Society of Critical Care Medicine* (figura 2). Para hospitais com necessidade de expansão do número de leitos, as recomendações apontam para o planeamento de serviços e intervenções em *bundle*, isso é, de uma só vez, realizar várias intervenções a um paciente⁽²²⁾, de modo a reduzir o número de contatos com os doentes; limitar a exposição dos profissionais de saúde; e garantir que haja sempre um enfermeiro ou técnico de enfermagem que esteja “limpo” e não transponha a área infectada, onde os equipamentos de proteção individual estão sendo utilizados.

Tiered Staffing Strategy for Pandemic

Requiring Significant Mechanical Ventilation



Modified from the Ontario Health Plan for an Influenza Pandemic. Workgroup. Critical Care During a Pandemic.

Figura 2. Tiered staffing strategy. (Modelo de pessoal em camadas)⁽²²⁾.

As recomendações, de líderes em Enfermagem, para a gestão dos cuidados seguros, passam por encorajar o desenvolvimento de cuidados de Enfermagem por *clusters*, para unidades de pacientes não-COVID (pacientes habituais). Essa abordagem aponta para que um número restrito de enfermeiros e outros profissionais sejam distribuídos para um determinado doente durante um turno e durante todo o tempo desde admissão. A fim de reduzir a exposição de pacientes e pessoal clínico à infecção⁽¹²⁾. Esse modelo visa proteger o maior número possível de profissionais contra a exposição desnecessária e não protegida a um risco elevado de infecção (*unprotected high-risk exposure* - UHRE). Assim, limita-se o número de profissionais necessários para estar em quarentena, no caso de um paciente inicial não-COVID-19 tornar-se um caso suspeito ou confirmado, protegendo-se a mão-de-obra clínica. Tal abordagem limita os cuidados de Enfermagem ao(s) enfermeiro(s) de referência ou outra pessoa que tenha sido designada, durante todo o turno, e admitida.

Além disso, o trabalho por equipes em espelho, aplicável aos modelos de pessoal de Enfermagem e aos modelos de

pessoal médico para as áreas designadas COVID-19, é encorajada pela Rede Italiana para a Segurança da Saúde⁽²³⁾ e pelo *American College of Chest Physicians*⁽²¹⁾. O seu objetivo é manter a saúde dos profissionais, bem como a continuidade dos cuidados, como previamente demonstrados, tanto no transporte aéreo de pacientes, como em cenários de medicina de catástrofe. Nesse modelo, deve dividir-se o pessoal por equipes com seniores e juniores, que trabalham alternadamente a cada período de 2 semanas. *“Esta abordagem permite uma substituição mais fácil dos elementos da equipe, no caso de adoecerem, e ainda uma potencial contenção do vírus em equipes de menor dimensão, associado à capacidade para manter serviços e a prestação de cuidados”*⁽²³⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A liderança e influência dos enfermeiros nas equipas de gestão de epidemias, que ameaçam a saúde global, tem sido óbvia ao longo da história. Esse fato foi testemunhado em 1918, durante a pandemia de gripe espanhola, que matou mais de 50 milhões de pessoas em todo o mundo; a síndrome respiratória aguda grave (SARS), em 2003; a doença do vírus Ébola, em 2014; o surto de coronavírus respiratório do Médio Oriente (MERS-Cov), em 2015; a doença do vírus Zika, em 2016; e, atualmente, o surto da COVID-19, que começou em 2019.

Enquanto a resposta mundial à pandemia da COVID-19 prossegue, os enfermeiros continuam a prestar cuidados, a gerir os medos da comunidade e preocupações dos pacientes e famílias. A sua liderança, nas decisões políticas dos sistemas de saúde e agências governamentais, permite às equipes prepararem-se para identificar, responder e dirigir os esforços para combate às pandemias globais. Essas requerem uma resposta informada e coordenada internacionalmente, a qual a segurança dos doentes COVID-19, dos doentes não-COVID-19 e

a segurança dos profissionais de saúde está na vanguarda de todas as decisões que estão a ser tomadas.

Hoje, mais do que nunca, a frase *“cuide dos seus trabalhadores para que eles possam cuidar dos seus pacientes”* nunca teve tanto significado, especialmente na área da saúde. Mais do que ter o número certo de pessoal para enfrentar a pandemia da COVID-19, é vital que os líderes aperfeiçoem esse recurso fundamental e raro, que são os profissionais de saúde, com modelos de gestão de equipes de saúde que visem a sua segurança, em primeiro lugar, em todos os momentos.

A principal limitação deste estudo prende-se com a partilha e discussão de uma experiência vivida por uma única pessoa.

A experiência vivida enquanto enfermeira líder, que esteve envolvida na elaboração de recomendações para a gestão da pandemia de COVID-19, foi agilizada pelo seu conhecimento e prática clínica anterior. Essas recomendações, para além de garantirem a segurança de pacientes e profissionais, na Arábia Saudita, durante a atual pandemia, servem também de ponto de partida para resposta a situações de surto ou outra que coloque em risco a saúde pública no futuro.

REFERÊNCIAS

1. Macedo MS, Mandourah Y, Moore A, AlHawsawi A. 1999–2019: Twenty years of watershed moments for patient safety. *Saudi Crit Care J* [Internet]. Saudi Arabia; 2019. 3(0):3-11. [Internet]. [cited 2020, June 22]. Available from: <http://www.sccj-sa.org/article.asp?issn=2543-1854;year=2019;volume=3;issue=1;spage=3;epage=11;au last=Macedo>
2. Mountasser K. High Reliability Organization in the Healthcare Industry: A Model of Performance Excellence and Innovation. *SOJ Nur Health Care* 2017;3(2):1-9.
3. World Health Organization. 10 facts on patient safety. Geneve. 2018 [Internet]. [cited 2020, June 22]. Available from: https://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/.

4. World Health Organization. Global action on patient safety. Geneva, 2018. Executive Board: 144th session.
5. Worldometer. COVID-19 Coronavirus Pandemic. 2020. [Internet]. [cited 2020, June 22]. Available from: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>.
6. World Health Organization, International Council of Nurses, Nursing Now. State of the World's Nursing Report - 2020. Geneva. 2020. 144 p.
7. HSJ. Ventilators alone are not enough — the NHS needs staff. United Kingdom; Podcast. 2020. [Internet]. [cited 2020, April 26]. Available from: <https://www.hsj.co.uk/workforce/ventilators-alone-are-not-enough-the-nhs-needs-staff/7027160.article>.
8. Saudi Patient Safety Center, International Council of Nurses. Nurse Staffing Levels For Patient Safety And Workforce Safety. *In*: Paper SaIW, editor. SPSC and ICN White Paper. Saudi Arabia 2019. [Internet]. [cited 2020, June 26]. Available from: www.spsc.gov.sa and www.icn.ch.
9. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Health Care at the Crossroads: Strategies for Addressing the Evolving Nursing Crisis. The Joint Commission; 2003. [Internet]. [cited 2020, May 25]. Available from: https://www.jointcommission.org/assets/1/18/health_care_at_the_crossroads.pdf
10. World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean. WHO interim guidance note: health workforce response to the COVID-19 pandemic: April 2020. [Internet]. [cited 2020, June 26]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331949>.
11. Patient-Centered Outcomes Research Institute. Webinar: PCORI's Response to COVID-19. Washington DC. 2020. [Internet]. [cited 2020, April 25]. Available from: <https://www.pcori.org/events/2020/part-4-nurse-staffing-amid-covid19>.
12. Saudi Patient Safety Center. COVID-19 Safety Guide for Healthcare Workers (version 3.0), 2020. [Internet]. [cited 2020, June 25]. Available from: <https://www.spsc.gov.sa/English/PublishingImages/Pages/COVID-19/COVID-19%20Safety%20Guide%20for%20Healthcare%20Workers%20version%203.0.pdf>
13. Foy R, Ovretveit J, Shekelle P, Pronovost P, Taylor L, Dy S, et al. The role of theory in research to develop and evaluate the implementation of patient safety practices *BMJ Quality & Safety*. 2011;20(5):453-9.
14. Alghamdi M, editor Presentation during the online meeting called "Covid-19, Nursing Experience in Saudi Arabia. Covid-19, Nursing Experience in Saudi Arabia; 2020. 2020, June 25; Riyadh [online].

15. Shanafelt T, Ripp J, Trockel M. Understanding and Addressing Sources of Anxiety Among Health Care Professionals During the COVID-19 Pandemic. *JAMA*. 2020.
16. International Council of Nurses. Position statements 2018. [Internet]. [cited 2020, June 22]. Available from: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN%20PS%20Evidence%20based%20safe%20nurse%20staffing_0.pdf.
17. Oncology Nursing Society. Recommendations for Oncology Staff Assignments During the COVID-19 Pandemic. 2020. [Internet]. [cited 2020, April 25]. Available from: https://www.ons.org/oncology-staff-assignments-covid-19?utm_source=hl&utm_medium=email&utm_campaign=weeklyupdate_nonmember.
18. Boston-Fleischhauer C. Key actions CNOs should take now to staff for a Covid-19 surge - Insights and emerging ideas from nurse executives around the country 2020. [Internet]. [cited 2020, April 27]. Available from: <https://www.advisory.com/research/nursing-executive-center/expert-insights/2020/staffing-for-the-covid-19-surge>.
19. Wu A, Connors C, Everly G. COVID-19: Peer Support and Crisis Communication Strategies to Promote Institutional Resilience. *Ann Intern Med*. 2020; Epub ahead of print 6 April 2020.
20. Italian national Association of Critical Care Nurses. Scenario. Genova. 2020. [Internet]. [cited 2020, April 26]. Available from: https://pastsite.aniarti.it/sites/default/files/documenti/covid_19_aniarti_to_efccna.pdf.
21. Martland AM, Huffines M, Henry K. Surge Priority Planning COVID-19: Critical Care Staffing and Nursing Considerations. *In: CHEST, American College of Chest Physicians, Illinois*, 2020. [Internet]. [cited 2020, April 26]. Available from: <http://www.chestnet.org/Guidelines-and-Resources/Resources/Surge-Priority-Planning-COVID-19-Critical-Care-Staffing-and-Nursing-Considerations>
22. Halpern NA, Tan KS. United States Resource Availability for COVID-19. *In: Society of Critical Medicine*, 2020. [Internet]. [cited 2020, April 26]. Available from: https://sccm.org/Blog/March-2020/United-States-Resource-Availability-for-COVID-19?_zs=jxpd1&_zl=w9pb6.
23. La Regina M, Tanzini M, Venneri F, Toccafondi G, Fineschi V, Lachman P, et al. Patient Safety Recommendations for COVID-19 Epidemic Outbreak: Lessons from the Italian Experience. *In: International Society for Quality in Health Care*. 2020. [Internet]. [cited 2020, March]. Available from: https://www.isqua.org/images/COVID19/PATIENT_SAFETY_RECOMMENDATIONS_-_V1.2.pdf.

RIESGOS PSICOSOCIALES Y ENFERMERÍA EN TIEMPOS DE COVID-19

Paula Ceballos-Vásquez

Yanni González-Palacios

Flérida Rivera-Rojas

Romy Ortega-Muñoz

Lidia Garrido-Tapia

INTRODUCCIÓN

El contexto laboral en las instituciones sanitarias, desde hace algunos años, se ha tornado exigente y hostil para todos quienes laboran en ellas. Numerosas investigaciones han evidenciado que el equipo de salud percibe exposición a factores psicosociales laborales⁽¹⁻⁴⁾, entendidos como interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de su organización, por una parte, y por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal, los que pueden influir en la salud y en el rendimiento y la satisfacción en el trabajo⁽⁵⁾. Estos factores son percibidos de diversas formas por los trabajadores, y al ser advertidos de manera negativa pasan a ser riesgos psicosociales, y pueden convertirse en generadores de enfermedades. Dentro de estos riesgos, es importante mencionar el distrés laboral, sobrecarga mental de trabajo, violencia laboral, entre otros^(1,6-7), sumado a la percepción de baja recompensa e inestabilidad laboral, dado el escenario actual de escasas plazas laborales para muchos egresados del área sanitaria en toda Latinoamérica. Es por lo expuesto, que grupos de investigadores y profesionales han trabajado en propuestas,

proyectos de investigaciones e innovaciones que apoyan la mejora de los entornos laborales de manera multidisciplinar.

Sin embargo, en marzo del presente año se confirman los primeros casos positivos del nuevo SARS-CoV-2 en Latinoamérica, hito sin precedentes, y que ha sido reconocido como una nueva enfermedad profesional, siendo la primera en ser descrita en esta década⁽⁸⁾. Esto vino a modificar todos los recursos (humanos, físicos y económicos) para el control y manejo de los casos y, por unos meses, dejó en segundo lugar a los profesionales de la salud y sus necesidades, quienes, además de sobrellevar todas las problemáticas ya mencionadas por el contexto laboral de salud, sumaron a su quehacer sentimientos y preocupaciones como la incertidumbre y miedo de contagiarse, por numerosas razones como, por ejemplo: la escasez de elementos de protección personal; carencia de testeo para los profesionales de salud; agotamiento físico y mental por cambios en las rotativas en los turnos de trabajo; ingreso de personal nuevo con escasa experiencia al cual se debe orientar, lo que impacta directamente en la dinámica de tiempo; angustia por no poder controlar la situación dentro y fuera de las unidades; enfado por las medidas poco efectivas propuestas por los gobiernos sumadas a la desinformación de los medios de comunicación y la falta de empatía de las personas quienes no acatan las instrucciones entregadas por las autoridades, muchas veces por necesidad económica, pero otras sin justificación, generando un aumento progresivo de los casos.

Así, emerge este manuscrito con el objetivo de reflexionar desde la Enfermería sobre los riesgos psicosociales en los ambientes sanitarios en tiempos de pandemia por COVID-19.

DESARROLLO

Como ya se mencionó en la introducción de este capítulo, los riesgos psicosociales tienen relación con el ambiente

laboral, pero también con las características individuales del trabajador⁽⁹⁾, y la importancia de su manejo y control es por la relación directa entre ellos y la aparición de alteraciones de salud, a nivel físico y mental⁽¹⁰⁾. Así que, el cuerpo de este capítulo se enfocará en dos pilares: primero se reflexionará respecto a la percepción de los riesgos psicosociales por parte de los profesionales de Enfermería en tiempos de pandemia, y cómo estos pueden utilizar herramientas propias (Proceso de Enfermería) para dar respuesta a ellos en sus entornos laborales; y, segundo, se analizará cómo la disciplina de Enfermería puede aportar para el control o manejo de estos riesgos.

RIESGOS PSICOSOCIALES PERCIBIDOS POR ENFERMEROS Y ENFERMERAS EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR COVID-19

Los profesionales de Enfermería, desde antes del COVID-19, estaban expuestos a riesgos psicosociales al desarrollar su trabajo, pero hoy, se suman numerosas emociones y vivencias que contribuyeron para agravar la situación. Es así, como durante el mes de marzo, a nivel mundial, se realizaron campañas comunicacionales para apoyar al personal de salud, en televisión y redes sociales. Dichas campañas emergieron en respuesta a hechos discriminatorios contra estos trabajadores por parte de la comunidad, en diversos países de Europa y América Latina, por el miedo de la sociedad a que éstos fueran un foco de contagio. Por otra parte, los miembros del equipo de salud han reconocido y explicitado por diversos medios, que están solos, ya que se han alejado de sus familiares para disminuir la posibilidad de contagio. En este tenor, se realizó el 27 de mayo del 2020, una breve consulta por medios digitales a veinte enfermeros clínicos chilenos. Se les solicitó mencionar tres emociones y/o sentimientos que les generaba su trabajo hoy. En la figura N°1, se expone de manera gráfica lo reportado por

ellos, y se observa que la incertidumbre fue el sentimiento más mencionado, junto al miedo y la angustia, lo que se relaciona con publicaciones recientes de Asia y Europa⁽¹¹⁻¹²⁾. Las autoras del texto quieren destacar los aspectos positivos, como orgullo, satisfacción y motivación, que fueron expuestos por estos enfermeros, ya que estas emociones debieran ser potenciadas y trabajadas con la finalidad de mejorar la situación actual en los entornos laborales sanitarios.



Figura 1. Análisis temático enfermeros clínicos chilenos. 27 de mayo 2020

Para abordar este contexto, se sugiere, como primer paso, realizar un diagnóstico de la situación, aplicando escalas o cuestionarios que permitan, con datos claros y representativos, evidenciar el nivel o el grado de percepción de dichos riesgos. Para ello, la comunidad científica ha validado variadas escalas de medición en América Latina, entre las cuales se mencionan el Cuestionario de Evaluación de Riesgos Psicosociales (Suseso IS-TAS-21)⁽¹³⁾; Escala Subjetiva de Carga Mental de Trabajo (ESCAM)⁽¹⁴⁾, la cual está en proceso de validación en Brasil; Escala de Acoso Laboral⁽¹⁵⁾, entre otras. Se puede pensar que es contraproducente

realizar estas mediciones, ya que los equipos verbalizan agotamiento, distrés y fatiga, sin embargo, para proponer mejoras, se debe tener un diagnóstico para reforzar el impacto y evaluar las medidas tomadas, luego de las intervenciones.

Así, teniendo clara la situación o el entorno o contexto laboral, es posible proponer medidas de mejoras o intervenir la situación, no obstante, en este punto las autoras del manuscrito se preguntan ¿en qué aporta la Enfermería para el control y manejo de estos riesgos?, ya que, de manera general, los profesionales de Enfermería están centrados en aspectos técnico-profesionales debido a limitaciones de tiempo, falta de personal, aumento de demanda, entre otras, dejando de lado los otros ámbitos de desempeño como son el formativo, la gestión e investigación⁽¹⁶⁾.

Los profesionales de Enfermería, en relación al abordaje de los riesgos, cuentan con una herramienta propia de uso diario, conocida como Proceso de Enfermería (PE), la cual se define como un proceso de pensamiento crítico en cinco etapas que se utiliza para aplicar las mejores evidencias disponibles a sus cuidados y promover las funciones humanas y las respuestas a la salud y la enfermedad⁽¹⁷⁾. Dentro de la etapa diagnóstica, se podría utilizar la taxonomía *NANDA International* (NANDA-I)⁽¹⁸⁾, en la cual aparecen las etiquetas diagnósticas como Estrés por Sobrecarga; Deterioro de la Interacción Social y Disconfort, los cuales pueden ser parte del diagnóstico y posterior planificación para la mejora de estos riesgos. Por otra parte, se encuentran las intervenciones de Enfermería (NIC) para responder a las problemáticas, sumado a los resultados de Enfermería (NOC). Se plantea que, como profesionales encargados del cuidado, es relevante formar desde el pregrado a los futuros enfermeros para potenciar la salud de su equipo de trabajo y la capacidad de liderazgo dentro del mismo, con la finalidad de mantener ambientes saludables para entregar un cuidado de calidad.

LA DISCIPLINA DE ENFERMERÍA Y RIESGOS PSICOSOCIALES.

Es de vital importancia que enfermeros y enfermeras visualicen y releven aspectos de autocuidado, pero que también comprendan que el desempeño laboral en ambientes positivos favorece y fortalece el cuidado otorgado. Lo señalado ha sido una preocupación del Consejo Internacional de Enfermería (CIE), organización que ha explicitado la importancia de abordar, desde la profesión, dichas temáticas, indicando que *el entorno de trabajo tiene implicaciones directas en los cuidados que se entregan a los usuarios/as*⁽¹⁹⁾ y, además, que *es conocido que una mejor calidad y seguridad para los pacientes depende de los entornos de trabajo positivos para el personal, lo cual implica el derecho a un entorno de trabajo seguro, remuneración adecuada y acceso a recursos y educación*⁽²⁰⁾.

Por otra parte, el aporte desde la Ciencia de Enfermería en la investigación tiene relación con estudios publicados en la temática, y con evidenciar que estos riesgos no inician o son producto de la pandemia mundial del COVID-19, dado que desde hace décadas estas problemáticas han sido estudiadas por y con enfermeras^(1-2,4). Hoy es innegable la situación de riesgo laboral a la que están expuestos los profesionales de salud, y específicamente los enfermeros, la cual ha sido expuesta en los medios de comunicación a nivel mundial. Al respecto, investigadores han evidenciado altos niveles de agotamiento, fatiga, estrés y, lamentablemente, violencia^(12,21).

En este mismo sentido, autores postulan que Enfermería contribuye al sistema de salud con alternativas para la resolución de necesidades impuestas por los fenómenos contemporáneos (en este momento pandemia por COVID-19), propiciando innovación en la atención en los diferentes escenarios laborales por medio de la construcción de conocimiento⁽²²⁾, por ello, es relevante potenciar y fortalecer los saberes investigativos

independiente del rol que los enfermeros están desarrollando, es decir, los enfermeros clínicos debieran generar conocimiento en sus áreas de desempeño, y dar pasos respecto a la divulgación de éstos, por medio de publicaciones y/o presentaciones en congresos, con la finalidad de levantar la mejor evidencia que permita la toma de decisiones.

Al respecto, los enfermeros en general soportan sus saberes en otras disciplinas, especialmente biomédicas, por lo que, dentro de este punto, se sugiere el uso y aplicación de los modelos y teorías de Enfermería para la práctica clínica, y para el sustento de los otros ámbitos de desempeño. Dentro de los modelos y teorías de Enfermería publicados, existen algunos que pudieran aportar de mejor manera al soporte teórico de estudios de Seguridad y salud en el trabajo, como lo son el Modelo conceptual de sistemas dinámicos de interacción de King⁽²³⁾, el paradigma del Humanbecoming de Parse^(22,24), sin embargo, las autoras no han encontrado un modelo o teoría específica para esta problemática, por lo que desde el 2014 las autoras del manuscrito han trabajado en una propuesta modélica para el abordaje y control de los riesgos psicosociales⁽²⁵⁻²⁶⁾.

La figura N°2 permite visualizar que una percepción positiva del entorno laboral debe ser promovida por la organización, ya que el trabajador puede hacer la transición a niveles de riesgos psicosociales, los cuales pueden repercutir en el desempeño, satisfacción laboral y salud del trabajador⁽²⁷⁾. Así también, al intervenir los riesgos psicosociales y aportar en la salud de los trabajadores, estos pueden mejorar la percepción de sus ambientes laborales, por lo que la organización debe priorizar este sentido.

Se indica que la pandemia por COVID-19 ofrece a la ciencia y profesión de Enfermería una oportunidad única de relevar la importancia de sus cuidados, desde lo profesional, y aportar teóricamente a las investigaciones desde la disciplina. Está en manos de estos profesionales avanzar hacia el uso de modelos

conceptuales como los mencionados, ya que responden y entregan soporte al manejo y abordaje de los riesgos psicosociales.

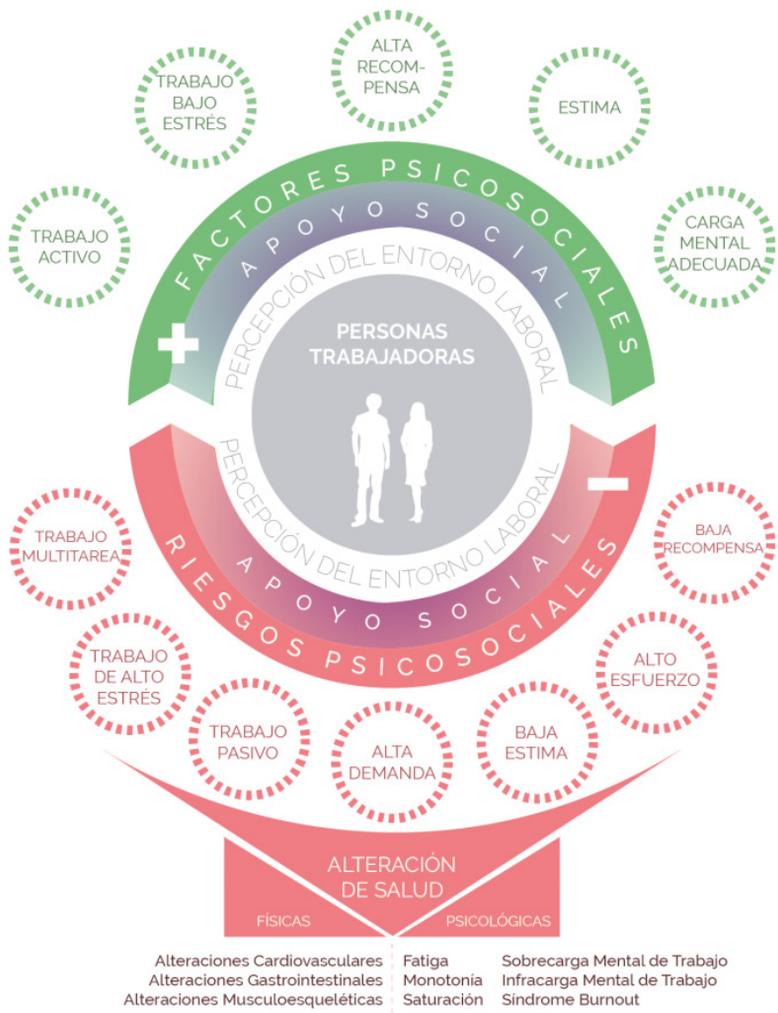


Figura N°2: Modelo de Enfermería para el abordaje de factores psicosociales (Ceballos, 2015)

CONSIDERACIONES FINALES

El estudio en torno a los riesgos psicosociales y seguridad y salud en el trabajo ha significado un desafío permanente tanto para trabajadores como instituciones y sistemas de salud. Actualmente, los equipos de salud se ven enfrentados a una situación crítica a nivel epidemiológico que ha puesto a prueba los diferentes mecanismos e intentos por mejorar estas áreas en los entornos de trabajo, sin embargo, se han presentado mayores retos, aprendizajes y oportunidades de mejora e intervención desde la enfermería. El cuidado y sus fundamentos teóricos, generan un sustento concreto para llevar al ejercicio profesional las diferentes formas de visibilizar la importancia de intervenir en los entornos de trabajo en su dinamismo, apoyados en los modelos conceptuales de King, Humanbecoming o el propuesto por Ceballos, utilizando el proceso enfermero que da evidencia de la programación y ejecución de los cuidados enfermeros. Hoy, el promover la salud de los trabajadores sanitarios, especialmente enfermeros y enfermeras, debe significar una prioridad para el sistema de salud y la sociedad, dado el impacto en el cuidado de calidad tan necesario para mejorar los indicadores en salud y los resultados en materia epidemiológica.

REFERENCIAS

1. Ceballos-Vásquez P, Rolo-González G, Hernández-Fernaund E, Díaz-Cabrera D, Paravic-Klijjn T, Burgos-Moreno M. Psychosocial factors and mental workload: a reality perceived by nurses in intensive care units. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015; 23(2): 315–322. DOI:10.1590/0104-1169.0044.2557.
2. Bazazan F, Dianat I, Rastgoo L, Mombeini Z. Factors associated with mental health status of hospital nurses. *International journal of industrial ergonomics* 2018; 194 – 99.
3. Giraldo Y, López B, Arango L, Góez F, Silva E. Estrés laboral en auxiliares de enfermería, Medellín-Colombia, 2011. *Salud UIS* 2013; 45(1): 23-31.

4. Ceballos-Vásquez P. Carga mental de trabajo en enfermeras/os de unidades de paciente crítico: estudio piloto. SANUS [Internet] 2016 [citado 17 de junio de 2020];(1):12-0. Disponible en: <https://sanus.unison.mx/index.php/Sanus/article/view/51>
5. Organización Internacional de trabajo/Organización Mundial de la Salud. Factores Psicosociales en el trabajo: naturaleza, incidencia y prevención. Ginebra: OIT/OMS; 1984
6. Ceballos-Vásquez P, Solorza-Aburto J, Marín-Rosas N, Moraga J, Gómez-Aguilera N, Segura-Arriagada F, Andolhe R. Estrés percibido en trabajadores de atención primaria. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2019 [citado 2020 Jun 17]; 25: 5. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532019000100204>
7. Paravic T, Burgos M. Prevalencia de violencia física, abuso verbal y factores asociados en trabajadores/as de servicios de emergencia en establecimientos de salud públicos y privados. *Rev Med Chile.* 2018; 146: 727-36. DOI: 10.4067/s0034-98872018000600727
8. Koh D. Occupational risks for COVID-19 infection. *Occup Med* 2020; 70:3–5. Disponible en: doi:10.1093/occmed/kqaa036
9. Moreno-Jiménez B. Factores y riesgos laborales psicosociales: conceptualización, historia y cambios actuales. *Med. segur. trab.* [Internet] 2011 [citado 2020 Jun 18]; 57(Suppl 1):4-19. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2011000500002>.
10. Boada J, Ficapal P. Salud y trabajo. Los nuevos y emergentes riesgos psicosociales. Editorial UOC; 2012.
11. Rey J, Ladero V, Muñoz E. Covid-19 genera miedo e incertidumbre. El peligro de los escépticos y los sarcásticos ante la pandemia. Disponible en: <https://aeac.science/covid19-miedo-e-incertidumbre/>
12. Lazerini M, Putoto G. COVID-19 in Italy: momentous decisions and many uncertainties. *Lancet Glob Health.* 2020; 8(5): 41-2. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30110-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30110-8)
13. Alvarado R, Marchetti N, Villalon M, Hirmas M, Pastorino M. Adaptación y análisis psicométrico de un cuestionario para evaluar riesgos psicosociales en el trabajo en Chile: versión media del CoPcoQ. *Rev Chil Salud Pública.* 2009; 13(1): 7 – 16.
14. Ceballos-Vásquez P, Rolo-González G, Díaz-Cabrera D, Paravic-Klijn T, Burgos-Moreno M, Barriga O. Validación de la Escala Subjetiva de Carga mental de trabajo (ESCAM) en profesionales de la salud de Chile. *Univ. Psychol.* [internet]. 2016; 15(1): 261-270. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy15-1>.

15. Díaz Berr X, Mauro Cardarelli A, Toro Cifuentes J, Villarroel Poblete C, Campos Schwarze D. Validación del inventario de violencia y acoso psicológico en el trabajo -IVAPT-PANDO- en tres ámbitos laborales chilenos. *Cienc Trab*. [Internet]. 2015; 17(52): 7-14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492015000100003>.
16. Veliz L, Ceballos P, Valenzuela S, Sanhueza O. Análisis crítico del paradigma positivista y su influencia en el desarrollo de la enfermería. *Index Enferm* [internet]. 2012; 21(4): 224-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000300010>.
17. Elsevier Connect. Proceso de Enfermería en cinco pasos: pensamiento crítico y valoración; 2019. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/proceso-de-enfermeria-en-cinco-pasos-pensamiento-critico-y-valoracion2>
18. Herdman H, Kamitsuru S. NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2018-2020 (Spanish Edition). 11 Ed. Elsevier: España; 2019. pp. 520.
19. Consejo Internacional de Enfermería (CIE). Las enfermeras, una fuerza para el cambio: Mejorando la capacidad de recuperación de los sistemas de salud. Ginebra, Suiza: International Council of Nurses; 2016. Disponible en: <https://instituciones.sld.cu/feppen/files/2016/03/carpeta-2016.pdf>
20. Consejo Internacional de Enfermería (CIE). La salud es un derecho humano acceso, inversión y crecimiento económico. Ginebra, Suiza: International Council of Nurses; 2018. Disponible en: https://2018.icnvoicetolead.com/wp-content/uploads/2017/04/ICN_Guidence_Pack_2018_ES_Low-Res.pdf
21. Sun N, Wei L, Shi S, Jiao D, Song R, Ma L, Wang H, Wang C, Wang Z, You Y, Liu S, Wang H. A qualitative study on the psychological experience of caregivers of COVID-19 patients. *Am J Infect Control*. 2020; 48(6): 592-8. Disponible en: doi: 10.1016/j.ajic.2020.03.018.
22. Vilchez V, Paravic T, Salazar A. La escuela de pensamiento *Humanbecoming*: una alternativa para la práctica de la enfermería. *Cien Enferm*. 2013; 19(2): 23-34. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v19n2/art_03.pdf
23. King I. *A theory for nursing: System, concepts, process*. New York: John Wiley & Sons; 1981.
24. Parse R. *The Humanbecoming paradigm: A transformational worldview*. Pittsburgh, PA: Discovery International Publications; 2014.

25. Ceballos P. Percepción de riesgos psicosociales y carga mental de los trabajadores/as del equipo de salud de unidades de pacientes críticos. [Tesis Doctoral] Universidad de Concepción. Concepción, Chile; 2014. Disponible en: <http://repositorio.udec.cl/handle/11594/1784>
26. Ceballos P. Seguridad y salud en el trabajo: un polo de desarrollo para enfermería. En: Ceballos P, Cofré C, Guerra V, Macaya M, Poblete M. Abordajes disciplinares: una mirada de Enfermería a problemáticas actuales. Talca, Chile: Ediciones Universidad Católica del Maule; 2015. pp 119-44. Disponible en : <http://ediciones.ucm.cl/datoslibros.php?TLib=hybZFdHVoVggonnVpAN1>
27. González Y. Carga mental de trabajo percibida por profesores de establecimientos educacionales de la Región del Maule [Tesis de magíster]. Universidad Católica del Maule, Talca, Chile; 2020.

CONTRIBUCIÓN DESDE LA ACADEMIA A LA FORMACIÓN DE CALIDAD EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN TIEMPOS DE PANDEMIA

Verónica Guerra Guerrero
Carmen Gloria Miño González
Margarita Poblete Troncoso

INTRODUCCIÓN

Actualmente se está viviendo un momento sanitario, político y social que formará parte de nuestra historia y traerá consigo cambios que perdurarán en el tiempo. Es así que se puede observar que la pandemia ha impactado considerablemente en las prácticas de docencia universitaria, a partir de marzo del 2020. A continuación, se revisan temáticas vinculadas al contexto académico en tiempos de pandemia.

CONTRIBUCIÓN AL ASEGURAMIENTO EN LA CALIDAD DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL FRENTE AL COVID-19.

En Chile, el aseguramiento de la calidad de la formación en Enfermería⁽¹⁾ se inicia en el año 2003, cuando se somete por primera vez, en forma voluntaria, a la acreditación en el país la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica del Maule⁽²⁾,

la que se acreditó a través de la Comisión Nacional de Acreditación, Chile (CNA-Chile)⁽³⁾. En la actualidad, el aseguramiento de la calidad se lleva a cabo por instituciones nacionales, extranjeras o internacionales denominadas agencias acreditadoras. Dicha acreditación es un proceso voluntario, excepto en carreras de Medicina y Educación, las que deben someterse obligatoriamente al proceso.

La acreditación es “el reconocimiento formal y público de que un programa de formación de Enfermería cumple con el perfil de egreso mínimo y con los criterios y estándares definidos, garantizando una formación sólida, acorde a los requerimientos de la sociedad”⁽⁴⁾. Los criterios y estándares de evaluación definidos por la Comisión Nacional de Acreditación de Pregrado⁽⁴⁾, para las carreras con licenciatura, como lo es Enfermería, contemplan 10 títulos, bajo los cuales se establece un criterio general y una serie de criterios específicos.

Entre los criterios a destacar, que son fundamentales para contribuir con la formación de los profesionales que se requiere, por la actual pandemia mundial, se encuentran: los propósitos de la carrera o Programa; el perfil profesional y estructura curricular; recursos humanos; la efectividad del proceso enseñanza-aprendizaje y los resultados del proceso formativo⁽⁴⁾. Respecto a los criterios que se han visto afectados significativamente por la pandemia mundial por el Covid-19, se encuentran, por una parte, los relacionados con la capacidad para avanzar responsablemente en el cumplimiento de los propósitos que tiene la formación, con la existencia de planes de desarrollo que incluyen los requerimientos de la carrera o programa; asimismo, y que la carrera cumpla con sus reglamentos, obligaciones y oferta académica. Por otra parte, el cumplimiento de los planes de estudio, lo que requiere contar con procesos sistemáticos y documentados para la implementación y puesta en práctica del proceso de enseñanza-aprendizaje orientado al logro del perfil de egreso,

se han establecido bajo la instalación de políticas y mecanismos de evaluación permanente, con seguimiento de los procesos que permitan el cumplimiento de los resultados de aprendizaje que se han declarado.

No obstante, existen esfuerzos importantes para cumplir con los criterios que demanda la formación del profesional enfermero, particularmente relacionados con el plan de estudios. Existen, además, desafíos importantes respecto a cumplir con las actividades prácticas de manera consistente e integrada con la teoría. Si bien se cuenta con alianzas y convenios establecidos con los servicios de salud del país, la adversidad que se ha instalado en los campos clínicos para realizar dichas prácticas es una limitación para la que se requiere un trabajo colaborativo y de apoyo. Las escuelas de Enfermería están llamadas a propiciar estrategias para afrontar los desafíos existentes, así como también para dar respuesta a la calidad de la formación, desde lo disciplinar, teórico y práctico, de modo de incorporar las competencias actitudinales, cognitivas y procedimentales declaradas en los estándares de la acreditación⁽³⁾.

Bajo esta condición como centro formador universitario, actualmente nos vemos enfrentados a generar propuestas que permitan el desarrollo de competencias genéricas y profesionales, que posibiliten evidenciar resultados de aprendizaje que tributen hacia el perfil de egreso que tenemos declarado en nuestra institución, considerando que la existencia de campos clínicos es un criterio complejo de resolver en condición de normalidad, más aún en período de pandemia, por el alto número de casas de estudios que demandan la existencia de estos. Las escuelas de Enfermería tienen además la responsabilidad ética de contribuir con la formación de profesionales de calidad.

LA CONTRIBUCIÓN DE LA CAPACITACIÓN DOCENTE EN METODOLOGÍAS *ONLINE*

La pandemia del Covid-19 implicó para la educación en Enfermería chilena, al igual que el resto de la educación superior, cambiar de clases presenciales a aulas virtuales, lo que determinó que, en forma repentina y abrupta, se modificara el plan de trabajo académico habitual, surgiendo interrogantes de ¿Cómo cambiar apoyos didácticos?, ¿De qué forma evaluar?, y la pregunta que hasta hoy se realizan las escuelas de enfermería ¿Cómo realizar las prácticas clínicas, considerando que estas se desarrollan mayoritariamente en campos clínicos y que debido a la contingencia sanitaria fueron cerrados?

Todos estos cambios generaron un desafío, pero no exento de estrés y cambios en la forma de vida de académicos y estudiantes. Desde el inicio de la pandemia, como una forma de mantener el distanciamiento social y el confinamiento en Chile, se suspenden las clases presenciales y se comienza con capacitaciones docentes *online* para trabajar en aulas y plataforma virtuales, así como aprender a utilizar nuevas metodologías, esto a la par de adaptar los currículos a esta nueva realidad. Durante el primer semestre del 2020, solo se consideró entregar aspectos teóricos de los módulos y, de acuerdo a cómo evolucione la pandemia, evaluar el comienzo de práctica en escenarios simulados en forma presencial y escalonada.

En una forma casi excepcional, la academia logró llevar a cabo clases teóricas en modalidad *online* considerando que la capacitación fue escasa por lo abrupto y rápido de la llegada del Covid-19 a la región, no existiendo el tiempo necesario para adaptarse a estas nuevas metodologías en plataformas virtuales y a las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC), esto en relación a que algunos autores señalan que planificar, preparar y desarrollar un curso universitario *online* requiere entre 6 a 9 meses de preparación⁽⁵⁾.

Otro aspecto que emerge en esta educación a distancia son las desigualdades sociales, donde se observa que un porcentaje de estudiantes no cuenta con conectividad o computador propio, por lo que las Universidades tuvieron que remediar y apoyar rápidamente con becas para evitar el abandono de las carreras^(6,7).

La experiencia de este primer semestre para la educación en Enfermería es incierta, aún está el desafío de como complementar el ámbito clínico sin arriesgar la salud de los estudiantes y académicos, la simulación clínica adquiere relevancia y es una oportunidad para apoyar la práctica, aspecto considerado clave en la formación de Enfermería en tiempos de pandemia.

USO DE LA TECNOLOGÍA PARA DAR RESPUESTA A LA CALIDAD PROFESIONAL DURANTE A LA PANDEMIA

En la última década se había avanzado mucho en educación *e-learning*, tanto en educación superior como la de actualización profesional, pero claramente esta modalidad no contaba con gran cobertura. Autores como Hodges y colaboradores⁽⁵⁾ afirman que la educación *e-learning* y a distancia en emergencia, que es la que en estos momentos se está desarrollando, son diferentes. Explican, además, que la educación realizada a distancia (*e-learning*) es considerada por los usuarios de menor calidad, a pesar de ser brindada por universidades acreditadas y de gran trayectoria. En cambio, la educación a distancia que se está realizando hoy, en vista de la contingencia y del aspecto emergencial, no reúne las características comunes a esta modalidad de enseñanza, ya que no hay mayor preparación técnica, diseño y tampoco capacitación docente.

La restricción a la movilidad creada por la distancia social durante la pandemia cambiará definitivamente el concepto de educación tradicional que se ha realizado hasta hoy,

puesto que las TIC constituyen una herramienta imprescindible para desenvolverse en el nuevo mundo al que se ha trasladado hoy en día, la súbita expansión de un virus tan letal, como lo es el Covid-19.

Es así como el pasado marzo, las circunstancias obligaron a cerrar las aulas y abrir el mundo digital; el que muchos docentes y estudiantes usaban, pero solo para cubrir momentos de ocio y relajación, no como herramienta fundamental de enseñanza-aprendizaje. Por lo cual, hubo que capacitarse en forma acelerada, tanto docentes como estudiantes han tenido que experimentar un período de adaptación, pasando por fallas de conectividad, sobrecarga en el uso de plataformas comunes, e interrupción de internet por problemas climáticos, lo que ha llevado a los docentes a improvisar otros canales, tales como correos electrónicos, grupos de *WhatsApp*, uso de plataformas como *YouTube*, de acuerdo a preferencias y facilidad.

Otro de los aspectos importantes tiene que ver con las estrategias metodológicas que usan los docentes, donde de acuerdo al nuevo paradigma educacional, el estudiante adquiere un rol protagónico y los esfuerzos se centran en él, mientras el docente asume solo un rol de facilitador y de acompañamiento.

Este tipo de estrategia en el contexto de educación digital, en tiempo de pandemia, es más difícil de realizar e incluso en ciertos momentos resulta frustrante para el docente, quien ve que al intentar realizar clases, éstas casi se convierten en un monólogo, en donde se hace preguntas y nadie las contesta, mira la pantalla de su *notebook* y no ve a nadie, hay pantallas y micrófonos apagados (requisito para mejorar la conectividad) lo que lo lleva a una gran incertidumbre, no pudiendo saber si sus estudiantes están escuchando, si están interesados y por qué no decirlo si están aprendiendo y motivándose para seguir aprendiendo. Dicha situación debe constituirse en un desafío para el docente, que lo lleve a capacitarse en las TIC para que continúe su labor como educador a distancia, tal como

lo recomienda la UNESCO y el Instituto Internacional para la Educación Superior en América Latina y el Caribe⁽⁸⁾.

CONSIDERACIONES FINALES

Hasta ahora el esfuerzo académico en Latinoamérica ha permitido mantener en pie la educación superior, reinventando y flexibilizando los currículos, y acompañando al estudiante. Esta crisis sanitaria ha permitido mostrar las desigualdades económicas no solo en salud, sino también en educación, probablemente se va a requerir de cambios profundos donde ya no será posible volver a lo tradicional, y donde se necesitará innovar en modalidades de enseñanzas que motiven el aprender en los futuros profesionales.

REFERENCIAS.

1. Latrach C, Soto P, González I, Caballero M, Inalaf C. Aseguramiento de la calidad en la formación de las enfermeras desde la perspectiva de los procesos de acreditación nacional. *Cienc. enferm.* 2009; 15(2): 79-94.
2. Guerra Guerrero Veronica, Sanhueza Alvarado Olivia. Análisis de resultados de los procesos de acreditación de la carrera de enfermería en Chile. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2010;18(1):94-101.
3. Comisión Nacional de Acreditación CNA-Chile [Internet]. Chile. [Consultado 5 de junio, 2020]. Disponible en: <https://www.cnachile.cl/Paginas/Acreditacion-Pregrado.aspx>
4. Comisión Nacional de Acreditación CNA-Chile. Aprueba criterios de evaluación para la acreditación de carreras profesionales, carreras profesionales con licenciatura y programas de licenciatura [Internet]. Chile: 2015 [Consultado 5 de junio, 2020]. Disponible en: <https://www.cnachile.cl/Criterios%20y%20Procedimientos/DJ%20009-4%20Criterios.pdf>
5. Hodges Ch, Moore S, Lockee B, Trust T y Bond A. The Difference Between Emergency Remote Teaching and Online Learning. *Educause review.* [Consultado 10 de Junio, 2020] Disponible en: <https://er.educause.edu/articles/2020/3/the-difference-between-emergency-remote-teaching-and-online-learning>

6. Echeita G. La Pandemia del Covid-19. ¿Una oportunidad para pensar en Cómo Hacer Mas Inclusivo Nuestros Sistemas Educativos?.Revista Internacional de Educación para la Justicia Social, 2020, 9(1), 7-16.

7. Alcantara, S. Educación superior y Covid19: Una perspectiva comparada. En H. Casanova Cardiel. Coord., *Educación y pandemia: Una visión academica* (pp 75-82). Ciudad de Mexico: Universidad Autónoma de México, Instituto de investigaciones sobre la Universidad y Educación 2020.

8. Propuestas de la UNESCO para garantizar la educación online durante la pandemia-Redacción de Educaweb, [Consultado 10 de junio, 2020]. Disponible en: <https://www.educaweb.com/noticia/2020/04/01/propuestas-unesco-garantizar-educacion-online-pandemia-19132/>

ROL DE ENFERMERÍA EN TIEMPOS DE PANDEMIA

*Jimmy Leonardo Mendieta Montealegre. Enfermero,
César Augusto Niño Hernández
Astrid Viviana Robayo Téllez*

INTRODUCCIÓN

La emergencia sanitaria ocasionada por la pandemia, derivada de la enfermedad por coronavirus (COVID-19), ha impactado a nivel social, económico, cultural y moral en los diferentes sectores en el ámbito mundial, con un fuerte efecto para los sistemas de salud, generando esfuerzos desde diferentes niveles para contener su propagación. Medidas de mitigación y supresión han sido la respuesta ante la falta de una vacuna o tratamiento efectivo, estrategias que han tomado los diferentes gobiernos y el efecto de cada una de ellas en los individuos, familias y comunidades.

Cualquier medida tomada ha tenido impacto económico considerable, tanto así que los gobernantes o autoridades nacionales y locales han tenido que sobrellevar esta presión y buscar un punto de equilibrio entre la economía y la salud. Julio Frenk (1992) menciona que uno de los retos de la salud pública es estar en el centro del debate científico y político⁽¹⁾, organizando la respuesta que involucre los diferentes niveles de investigación (subclínica, clínica y poblacional) y las diferentes ciencias (biológicas, conductuales y sociales), de tal manera se organice la respuesta de manera integral.

Es allí, donde el rol de la Enfermería debe tomar relevancia y orientar dicha respuesta para gestionar la salud a nivel individual y colectivo, por medio de la generación de políticas públicas, programas o planes con enfoque territorial que

orienten las actividades a los grupos de mayor vulnerabilidad y fragilidad social, generando acciones transformadoras en las cuales los beneficiarios participen de manera activa en la formulación, ejecución y evaluación de estas políticas alternativas.

Lo anterior, debe tomar mayor relevancia en contextos como el colombiano y el latinoamericano, en el que existen grandes desigualdades sociales que limitan el acceso a servicios esenciales, entre ellos, la salud. Barreras de tipo geográfico, económico, administrativas y culturales toman importancia en territorios históricamente desprotegidos por las acciones del Estado. Situación que se vislumbra con las brechas presentes en los análisis de situación en salud y que se hacen aún más notorios y que ponen en evidencia la fragilidad en la forma diferencial como se ha organizado la respuesta para atender a estas problemáticas en los territorios, a manera de ejemplo, basta con mirar lo fácil que se sobrepasó la respuesta y capacidad del sistema ante la emergencia del COVID-19 en la región amazónica⁽²⁾.

Ante dicha emergencia, se pone de manifiesto la importancia de considerar la salud como campo interdisciplinar e intersectorial de investigación y acción, debido a su complejidad por los procesos que la determinan, entre los cuales se destacan los procesos sociales, culturales, económicos, políticos, biológicos, entre otros. De este modo, para evaluar las condiciones y respuestas que se dan ante las situaciones de salud actuales, el llamado a la Enfermería como disciplina que se reconoce como un perfil de salud idóneo para liderar estas respuestas desde la integralidad y desde el cuidado individual y colectivo.

Con relación a lo anterior, *Nursing Now*, campaña global realizada a partir de sentires compartidos entre el Consejo Internacional de Enfermería y la Organización Mundial de la Salud, organismos que consideran la importancia de Enfermería en los equipos sanitarios y columna vertebral de los sistemas de salud, desempeña un papel crucial en la atención integral en salud a nivel global, al tener competencias en los diferentes niveles de

intervención: promoción en salud, prevención de la enfermedad, detección, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

El Consejo Internacional de Enfermería señala: “Las enfermeras están en el corazón de la mayoría de los equipos de salud, desempeñando un papel crucial en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el tratamiento. Como los profesionales de la salud más cercanos a la comunidad, tienen un rol particular en el desarrollo de nuevos modelos de atención comunitaria y apoyan los esfuerzos locales para promover la salud y prevenir enfermedades”.

El 2020 ha constituido un reto para los diferentes sectores de la sociedad a nivel global, fue reconocido como el año internacional de la Enfermería y la Partería. Y es en la actual crisis que el profesional de Enfermería debe desempeñar un papel protagónico, no solamente en el ámbito clínico, sino también en el liderazgo de la organización de las respuestas sociales ante las condiciones actuales, respondiendo a este llamado a la acción. Howard Catton, Director General del Consejo Internacional de Enfermería, ha asegurado que la respuesta de Enfermería a la pandemia debería servir como guía para modelar futuras políticas sanitarias globales que la coloquen en primer plano⁽³⁾.

En este sentido, y entendiendo la dinámica de las situaciones en salud y los efectos de la actual pandemia, el enfermero debe repensar sus fundamentos bioéticos y deontológicos que apoyen las decisiones con una honesta reflexión moral y un actuar acorde a las necesidades que demanda la situación actual.

INEQUIDADES SOCIALES EN SALUD AGUDIZADAS POR LA PANDEMIA

Efecto de la pandemia, las desigualdades sociales en salud, que son injustas, innecesarias y prevenibles, se han agudizado profundamente y expresadas como inequidades, han quedado visibles por todo el mundo, en particular en regiones como Lati-

noamérica. Dichas inequidades son reflejo de una comprensión ampliada de las implicaciones que el virus COVID-19 ha dejado en la salud de las poblaciones, determinada por la posición socioeconómica que los individuos ocupan en la sociedad y por procesos históricos que han marcado las grandes brechas sociales. Tales determinaciones sociohistóricas de los procesos de salud, enfermedad y muerte, pueden ser analizados mediante indicadores como el acceso y nivel educativo, las condiciones de trabajo, el nivel de ingresos, las condiciones de la vivienda, entre otros^(4,5).

No obstante, en el marco de la pandemia, aunque evidentes a toda costa, las inequidades se han querido preservar ocultas mediante discursos homogenizantes. Es común, por ejemplo, hacer más énfasis en la salud bajo la lógica del mercado y la privatización, centrada en la atención y curación de la enfermedad en los hospitales, que pensar en la salud como un derecho fundamental y en la economía del cuidado, mediada por acciones colectivas de orden promocional, preventivo y de alcance comunitario. Así mismo, existen narrativas comunes orientadas a proteger los sistemas de salud frente a otras narrativas que se ocupan de proteger la vida o narrativas que consideran la pandemia como un fenómeno natural más que analizarla desde la relación sociedad-naturaleza que posibilita una comprensión compleja de lo referente al coronavirus y sus efectos, y otras tantas narrativas dominantes que ocupan primeras planas de una sociedad mediatizada frente a otras narrativas como formas de leer y entender las realidades que vivimos⁽⁶⁻⁹⁾ (Tabla 1).

Tabla 1. Narrativas comunes frente a otras formas de leer las realidades develadas por la pandemia

Narrativas comunes	Otras narrativas
#quedateencasa	¿Cuál casa?
Distanciamiento y aislamiento social	Hacinamiento habitual y distanciamiento físico
Teletrabajo / Teleestudio	¿Teledeseempleo? ¿En qué condiciones laborales? ¿Informalidad? / ¿Con cuáles equipos? ¿Con problemas de conectividad?
Alimentación balanceada	Hambre
Tiempo para estar juntos y compartir	Violencias interpersonales, simbólicas, sexuales detonadas
Lavado de manos	¿Sin agua y sin jabón?
Crisis graves y agudas, letalidad significativa y rápida COVID-19	Crisis severas y lentas pasan desapercibidas – Contaminación atmosférica
Explotación/extractivismo salvaje	Cuidado de la casa común; pertenecemos a la naturaleza
Lo urbano; lo global	Rural, territorios dispersos, comunas, favelas; lo local
Cuerpos más valorados socialmente, los más aptos y los más necesarios para la economía	Se olvidan o descuidan los cuerpos menospreciados.
Ciencia, saber experto, verticalidad	Saberes populares, horizontalidad
Medicina (15%) de todos los profesionales del sector salud	53% auxiliares, técnicos y tecnólogos y 32% otros profesionales

Fuente: elaboración propia

Ante el panorama visualizado por otras voces y saberes, diferentes a los comunes y dominantes, las prioridades en salud develadas por la pandemia no son exclusivamente aquellas asociadas al contagio, sino a los procesos de determinación social de la salud. Desde esta mirada de las prioridades en salud, se la reconoce como la vida misma, que se produce y reproduce socialmente en el diario deambular de los individuos y de las poblaciones quienes ostentan saberes y poderes para alcanzarla, superando la mirada y confianza exclusiva en las fuerzas del Estado y en el poder de la ciencia positiva. Son entonces, las soluciones comunitarias, los poderes sociales y locales, el valor de lo público por encima de las soluciones individuales y las fuerzas privadas las que cobran mayor peso para controlar socialmente el cumplimiento de los deberes del Estado mediante relaciones horizontales, dialógicas y dialécticas para la definición de acciones y respuestas a las necesidades en salud^(10,11).

Lo anterior, plantea grandes desafíos para las sociedades en general, en especial para los profesionales en salud como los y las enfermeras. Las prioridades que deben ser atendidas se asocian con el buen vivir y la relación sociedad-naturaleza. Son las luchas contra la pobreza y la miseria, el hambre; la soberanía y seguridad alimentaria; condiciones sociales y de trabajo dignas y decentes; garantías de seguridad y protección social; la soledad y el abandono, la solidaridad ante el individualismo, el menosprecio y la indiferencia; la planificación urbana y de los territorios, el acceso y disponibilidad de recursos básicos de saneamiento como acueducto y alcantarillado; viviendas dignas; y el cuidado y la protección de los recursos naturales para una relación ecosostenible.

A suerte de presagio, para repensar la justicia social⁽¹²⁾, Francois Dubet (2012, p.50) escribiría que “las desigualdades se profundizaron más en los países donde prevalece el modelo de las oportunidades que en los países donde prevalece el modelo de las posiciones.”⁽¹³⁾. Esto interpreta con claridad el acontecer de Latinoamérica en tiempos de pandemia que revela las fracturas estructurales históricas de los sistemas sociales, económicos y políticos determinantes de las formas de enfermar y morir, así como las formas de cuidar y proteger las experiencias de salud y vida de las personas. En consonancia con ello y como complemento de una mirada diferente a la vida después de la pandemia, el Papa Francisco dijo “La globalización de la indiferencia seguirá amenazando y tentando nuestro caminar...Ojalá nos encuentre con los anticuerpos necesarios de la justicia, la caridad y la solidaridad.” (6, p. 51).

RETOS BIOÉTICOS

Nos enfrentamos a unos retos bioéticos nuevos sumados a unos antiguos que no habíamos resuelto del todo, estos están llevando a los profesionales de salud a estrés y angustia moral,

ya que se están enfrentando en ocasiones a tomar decisiones que impactan la vida no solo desde lo colectivo, sino también desde lo individual.

Uno de estos retos es todo lo relacionado con el tema de confidencialidad y privacidad. Hemos visto como, desde los medios a diario en sus titulares, se muestran fotografías de pacientes en las unidades de cuidado intensivo sin preservar su intimidad, o de aquellos que mueren en las calles, se ponen en evidencia registros de la historia clínica, nombres de profesionales de salud que cometieron alguna falta a los protocolos, aunado a que los gobiernos dispusieron en la mayoría de los países diferentes herramientas tecnológicas, entre ellas uso de aplicaciones que permiten la georreferenciación de las personas, la recolección de datos sociodemográficos y otros que pueden ser sensibles. Esto ocurre sin una política clara en muchas ocasiones de cómo se salvaguardarán estos derechos de la privacidad y confidencialidad que son derechos fundamentales. Así que una primera cosa que nos debemos repensar es cómo estamos divulgando la información, cómo estamos protegiendo la intimidad de pacientes y personal de salud y qué sucederá en la post pandemia con todos los datos que se recolectaron a través de diferentes tecnologías⁽¹⁴⁾.

El otro reto que se plantea, como lo menciona el *Hastings Center*, es la importancia de equilibrar lo individual como lo colectivo, ellos lo mencionan como el deber de cuidar que encierra todo lo relacionado a la atención que se da a las personas en ambientes clínicos, el no abandonar a los pacientes, el alivio del sufrimiento, el desarrollo de políticas institucionales y todo lo que encierra la ética clínica. Y está por otro lado el deber de promover la igualdad moral y la equidad y se lleva más en lo colectivo, la asignación justa de los recursos que pueden ser limitados, la seguridad pública y la salud de la comunidad, es decir hace referencia la ética de la salud pública. Es aquí donde se debe tener en cuenta las tensiones que pueden surgir entre

lo individual y lo comunitario y realizar reflexiones morales que lleven a la toma de decisiones justas para evitar el estrés moral en los pacientes, comunidades y profesionales de salud⁽¹⁵⁾

Con el inicio de la pandemia y la pronta saturación en los hospitales, aunado a la disponibilidad de pocos recursos para la gran cantidad de personas que lo requerían, los países se vieron obligados a tomar decisiones con un alto costo moral, como, por ejemplo, decidir a quién se le asignaba una cama en las unidades de cuidado intensivo o un ventilador. Con esto, surgieron diferentes guías y lineamientos para orientar a los profesionales en la toma de decisiones. En España, por ejemplo, se dieron algunas recomendaciones para evitar criterios como el más enfermo primero, o el primero que llega es el primero en ser atendido y exhortó a maximizar el mayor número de vidas posibles con el mayor número de vidas ganados⁽¹⁶⁾.

En Colombia también se establecieron criterios importantes relacionados con este tema, por ejemplo, la importancia de establecer comités de triaje con criterios claros que permitan orientar la toma de decisiones éticas, teniendo en cuenta: el nivel de cuidado requerido; el inicio y retiro de soporte vital; y el inicio de medidas paliativas en caso de no iniciar o retirar el soporte vital⁽¹⁷⁾. Paralelamente, el Dr. Pinto propone unos criterios éticos a tener en cuenta en nuestro país en el momento de la atención y asignación de recursos, los cuales son: edad del paciente; gravedad de la enfermedad en el momento del ingreso (escalas de gravedad y funcionalidad); presencia de otras enfermedades graves; presencia de deterioro neurológico o cognitivo irreversible; falla orgánica múltiple y la presencia de comités de triaje que apoyen la toma de decisiones⁽¹⁸⁾

Otro reto importante es todo lo relacionado con la humanización en la atención, ya que por los aislamientos los pacientes permanecen y mueren solos en las unidades de cuidado intensivo, o mueren con dolor, disnea o delirium, y no se puede olvidar que se debe humanizar el cuidado todo lo posible,

tanto para el paciente como para su familia en esa transición entre la vida y la muerte. Así que, es aquí donde los cuidados paliativos juegan un papel fundamental en la forma en la que acompañamos a los pacientes, y en esto se propuso por la Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos: aliviar el sufrimiento en todas sus formas, cuidado emocional, psicológico y espiritual al paciente, familia y personal sanitario, la realización de voluntades anticipadas, control y manejo del dolor, la disnea, el delirium, uso de la sedación paliativa y reorientación de la intervención terapéutica como algunos de los principios más importantes⁽¹⁹⁾.

No debemos olvidar todo lo demás relacionado con la humanización, como el uso del lenguaje para referirnos a los pacientes, a la enfermedad y los mismos profesionales de salud, mal llamados héroes, la forma en la que se comunican las malas noticias. El acercamiento de la tecnología a los pacientes para que puedan interactuar con sus familias desde la distancia y tener en cuenta los cambios que se han dado alrededor de cómo se despiden los muertos por COVID por parte de sus familias, transformaciones que podrían modificar la forma en la que se llevan a cabo los duelos, estos cambios vale la pena analizarlos desde lo psicológico, social, cultural y antropológico.

Finalmente, se debe repensar la forma en la que nos relacionamos con otras formas de vida, la mirada antropocéntrica y consumista nos ha llevado a depredar el ambiente, la flora y la fauna. Las visiones utilitaristas y antropocéntricas en las que se cree falsamente que tenemos derecho a acabar con todas las formas de vida, nos ha llevado a la introducción de enfermedades de origen zoonótico que, en muchas ocasiones, ha ocasionado epidemias y pandemias a lo largo de la historia. No hay que olvidar que las consideraciones morales no son solo con nuestros semejantes, sino con cualquier forma de vida y ello incluye a los animales no humanos y a las plantas.

ROL DE LA ENFERMERÍA EN TIEMPOS DE PANDEMIA

El profesional de enfermería, en estos tiempos, está llamado a seguir con su actuar bioético profesional enmarcado en el respeto a la dignidad humana. El apoyo al paciente y su familia, a proporcionar una atención humanizada, a calmar el sufrimiento independiente de su índole, a acompañar la toma de decisiones, a ser tenido en cuenta por su profesionalismo en los diferentes ámbitos públicos y privados, al reconocimiento social, a ser salvaguardado garantizándole las adecuadas condiciones laborales y las medidas de protección personal. Además, a recibir atención psicosocial que aliviane el estrés psicológico que lleva esta pandemia y más aún si se está en la primera línea de atención y, por último, y no menos importante, comprender que cada enfermero es un ser humano que sufre y se angustia con la situación actual, que teme por su vida y la de su familia, no son héroes, son personas que aman cuidar a otros y que deben ser respetados y atendidos en sus necesidades.

CONCLUSIONES

La pandemia por COVID trajo diferentes cambios y retos en diferentes ámbitos, como el social, económico, moral, político y de sistemas de salud, esto ha llevado a repensarnos desde las diferentes esferas y tomar decisiones que pueden llevar una alta carga moral. Los profesionales de Enfermería son fundamentales en el proceso de atención a las personas, familias y comunidades en los diferentes ámbitos y deben ser reconocidos por su gran aporte social.

REFERENCIAS

1. Frenk, J. La nueva salud pública. en OPS. La crisis de la salud pública. reflexiones para el debate. Pub. Científica No. 540, Washington D.C. OPS/OMS 75-93 [Consultado 2020 Jun 3]. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/compendio/Primero/L_SM_421-445.pdf
2. Unidad de salud. Amazonas, foco de la pandemia, por número de habitantes [Internet] Bogotá, Colombia: El Tiempo; 2020 [Consultado 2020 Jun 26]. Disponible en: <https://www.eltiempo.com/salud/amazonas-foco-de-la-pandemia-por-numero-de-habitantes-494782>
3. Nations U. Guterres a los sanitarios de la ONU: «Tenéis todo mi apoyo» | Naciones Unidas [Internet]. United Nations. United Nations; [Consultado 2020 Jun 3]. Disponible en: <https://www.un.org/es/coronavirus/articles/apoyo-sanitarios>
4. Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian SV. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Glob Health Action*. 2015;8:27106
5. Galobardes, B., Shaw, M., Lawlor, D., Lynch, J. y Smith, G. Indicators of socioeconomic position (part 1). *J Epidemiol Community Health* 2006; 60: 7-12.
6. Papa Francisco. La vida después de la pandemia. Ciudad del Vaticano: Librería Editrice Vaticana; 2020.
7. Sousa Santos, B. La cruel pedagogía del virus. Argentina: Biblioteca Masa Crítica CLACSO; 2020.
8. Sagot, M. Disputas por lo público y lo común en tiempos de pandemia. *Conversatorio* [Internet]. CLACSO-ALAS-ISA; 2020 [Consultado 2020 Abr 15] Disponible: <https://www.youtube.com/watch?v=pOFQlSesLf8&t=3644s>
9. Quevedo, E., Molina, N. y Hernández, M. La COVID-19 en Colombia. Balance de respuestas y retos a futuro [Internet]. Doctorado Interfacultades Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia; 2020 [Consultado 2020 Abr 24] Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=etOmVA3XdOY&t=2845s>
10. Granda, E. El saber en salud pública en un ámbito de pérdida del antropocentrismo y ante una visión de equilibrio ecológico. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2008; 26.
11. Granda, E. La salud pública y las metáforas sobre la vida. *Revista Facultad Nacional De Salud Pública* [Internet] 2009 [Consultado 2020 May 3] 18(2): 83-100. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/994>

12. Dubet, F. Repensar la justicia social. Buenos Aires: Siglo XXI Editores; 2011
13. Dubet, F. Los límites de la igualdad de oportunidades. Nueva Sociedad No 239 [Internet] 2012 [Consultado 2020 May 3]: p. 42-50. Disponible en: https://nuso.org/media/articulos/downloads/42_1.pdf
14. Human Rights Watch. Dimensiones de derechos humanos en la respuesta al COVID-19 | Human Rights Watch [Internet]. 2020. Available from: <https://www.hrw.org/es/news/2020/03/31/dimensiones-de-derechos-humanos-en-la-respuesta-al-covid-19>
15. The Hastings Center. Ethical Framework for Health Care Institutions & Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to the Coronavirus Pandemic - The Hastings Center [Internet]. 2020. Available from: <https://www.thehastingscenter.org/ethicalframeworkcovid19/>
16. Sociedad Española de Anestesiología R y T del dolor. MARCO ÉTICO PANDEMIA COVID 19. España; 2020 Mar.
17. Ministerio de Salud de Colombia. Recomendaciones generales para la toma de decisiones éticas en los servicios de salud durante la pandemia COVID-19 [Internet]. Colombia; 2020 . Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución_1051_de_2016.pdf
18. Pinto Boris, Castillo Andrea, León Nicolás. Principios éticos para afrontar la pandemia en Colombia - Razón Pública. Razón Pública [Internet]. 2020 Mar 23; Available from: <https://razonpublica.com/principios-eticos-afrontar-la-pandemia-colombia/>
19. Asociación Colombiana De Cuidados Paliativos. Recomendaciones de la Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos para la atención clínica del paciente durante la pandemia por SARS COV-2/COVID-19. Colombia; 2020.

PERCEPÇÕES DE UMA ENFERMEIRA BRASILEIRA COM RELAÇÃO ÀS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DA COVID-19, NO REINO UNIDO

Camila Biazus Dalcin

INTRODUÇÃO

O Reino Unido é composto por quatro países constituintes, sendo eles Escócia, Inglaterra, Irlanda do Norte e País de Gales. Essa união política é conhecida pela estrutura econômica desenvolvida e também pelo seu sistema público de saúde, chamado *Nacional Health Service* (NHS). O NHS foi criado em 1948 e atua em todo o território do Reino Unido, com particularidades referidas a cada um dos países constituintes. Com mais de 66 milhões de habitantes, o NHS oferece um serviço de saúde gratuito para todos os cidadãos britânicos. O NHS possui seis valores principais, que guiam o seu acesso à saúde da população, sendo eles: trabalhar em conjunto para os pacientes, respeito e dignidade, comprometimento com a qualidade do cuidado, compaixão, melhorar a vida das pessoas e levar em conta todos os cidadãos⁽¹⁾.

Devido a sua similaridade, em vários aspectos, com o Sistema Único de Saúde (SUS), o NHS encontrou-se em situação inesperada no enfrentamento da COVID-19, que teve o primeiro caso reportado à Organização Mundial da Saúde (OMS) no final de dezembro de 2019⁽²⁾. A COVID-19 é uma doença causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, que foi considerada uma

pandemia pela (OMS) em março de 2020. No Reino Unido, em 13 de julho de 2020, o número total de exames laboratoriais positivos confirmados de COVID-19 foi de 290.133, sendo que o total de pessoas que foram a óbito pela doença foi de 44.830.

Devido ao risco de transmissão e o seu efeito para os sistemas de saúde, em diferentes contextos, revela-se importante discutir e analisar as diferentes estratégias de enfrentamento da COVID-19. Essas discussões revelam-se necessárias, a fim de entender diferentes abordagens para lidar com a pandemia, podendo difundir diferentes abordagens de políticas públicas de saúde, para diferentes contextos. O objetivo deste estudo revela-se em conhecer as estratégias de enfrentamento do Reino Unido com relação à COVID-19.

METODOLOGIA

Este estudo revela-se um relato de experiência de uma doutoranda em Enfermagem vivendo na Escócia, que é um dos países membros do Reino Unido. Este relato esteve embasado na experiência pessoal da enfermeira, e teve suporte científico na busca de *guidelines*, de artigos publicados internacionalmente, assim como notícias publicadas na mídia local e em sites de organizações internacionais, como a WHO e o próprio NHS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

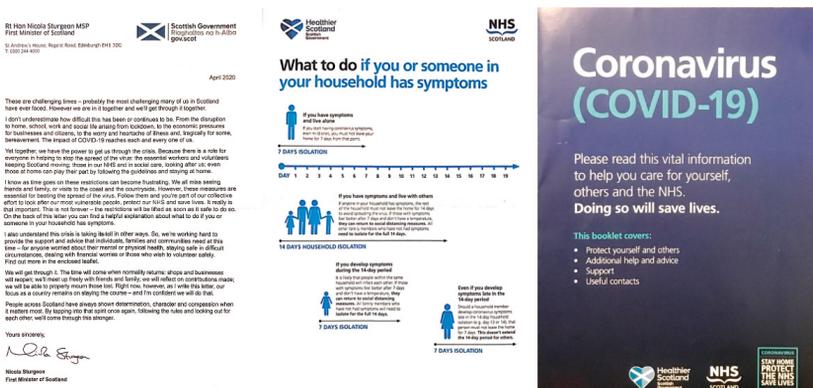
Com relação às potencialidades do enfrentamento da pandemia do COVID-19 pelo Reino Unido, serão citadas: a divulgação de informações claras e precisas, baseadas em pesquisas científicas pelo NHS; instituição do *lockdown*; distanciamento físico; e uso de tecnologias.

Com relação divulgação de informações, foi possível perceber, desde o início da pandemia, principalmente na Escócia, a grande quantidade de informações que foram distribuídas ao

público de maneira clara e de fácil entendimento⁽³⁾. O objetivo foi engajar a população com as normas que o governo estava propondo. Dentre essas comunicações, um exemplo foi o envio de cartas para todos os cidadãos, assim como notícias rotineiras do primeiro ministro até julho de 2020. As cartas, enviadas em abril (Imagem 1) e em junho de 2020, continham informações do impacto da COVID-19, próximas etapas de enfrentamento da doença, assim como agradecimento ao esforço da população por ficarem em casa, protegendo o NHS e salvando vidas. A primeira carta, enviada em abril, contou com o acompanhamento de um *booklet* (livreto) sobre a COVID-19, explicando sobre a disseminação do coronavírus SARS-CoV-2 e quais serviços procurar para suporte.

Em junho, outro livreto acompanhado a carta, que apresentou informações sobre teste e proteção. E também trouxe orientação para pessoas que apresentarem os sintomas da doença, sendo considerados principais sintomas pelo NHS, em consonância com a WHO: temperatura elevada, uma tosse nova e contínua, bem como a perda de olfato e/ou paladar⁽⁴⁾. Populações vulneráveis receberam cartas individuais, com guias específicos.

Imagem 1: Carta enviada, em abril de 2020, pelo governo escocês juntamente com livreto informativo para a população.



Fonte: Imagens realizadas pela autora (2020), Dundee, Escócia, Reino Unido.

A instituição do *lockdown* e distanciamento físico foi outra estratégia importante para o enfrentamento da pandemia. Foram organizadas ações de entrada e de fases de saída do *lockdown*. O início do *lockdown* foi em 23 de março de 2020, sendo medidas instaladas: sair para compras de itens básicos devendo ser limitados (comida e medicação) no máximo uma vez ao dia, realização de exercícios físicos somente uma vez ao dia (sendo que a pessoa deveria estar sozinha e, se acompanhada, deveria ser por alguém que vive na mesma casa), sair de casa por necessidade de atendimento médico ou para cuidar de outra pessoa vulnerável, e por final, foram permitidas saídas no qual o deslocamento justificasse ir trabalhar (caso não fosse possível trabalhar de casa - como foi o caso de policiais e profissionais da saúde)⁽³⁾.

Estudo na Escócia comprovou a efetividade do *lockdown* e distanciamento físico. Houve uma redução de 74% no número médio diário de contatos observados por participante (de 10,8 para 2,8), o que reduziria o R de 2,6 antes do *lockdown*, para 0,62 (intervalo de confiança de 95%, 0,37–0,89) após *lockdown*. Neste estudo, comprovou-se a eficiência do *lockdown* como estratégia de enfrentamento, assim como a importância do rastreamento de mudança comportamental, para a avaliação no impacto epidemiológico⁽⁵⁾.

As fases de saída do *lockdown* foram iniciadas em junho, passando informações precisas, com datas específicas (no contexto escocês), para a população se acostumar ao novo “normal”. Cabe ressaltar-se que no Reino Unido cada país membro adotou medidas diferentes, o que fez com que, por exemplo, o uso das máscaras faciais fosse obrigatório na Escócia, sendo que na Inglaterra ainda estava sendo estudado sobre a possibilidade dessa implementação.

As comunicações mostraram-se essenciais para o engajamento da população com as medidas governamentais e do NHS, que foram baseadas em evidências científicas. Isso evitou

desinformação e aumentou a adesão da população, logo, auxiliou de maneira ampla o controle da COVID-19.

A rápida disseminação da COVID-19 fez com que o Reino Unido desenvolvesse estratégias inovadoras para a atenção em saúde, o que foram vistas como positivas. A percepção dos locais de assistência à saúde como possíveis fontes de contágio potencializou a busca de novos modelos de atendimento. Entre eles, pode-se citar o uso de aplicativos para consulta sobre sintomas, uso de aplicativo para rastrear a transmissão do vírus e vídeo-chamadas entre pacientes e profissionais da saúde. Cabe ressaltar que vídeo-chamadas apresentaram grande satisfação para os pacientes, porém podem não ser consideradas apropriadas em todas as situações e devem ser repensadas no contexto pós-pandemia, juntamente com as implicações éticas. Devem ser realizadas pesquisas a fim de averiguar a efetividade dessa modalidade de atendimento⁽⁶⁾. Experiência no cenário escocês mostra que, para o uso de plataformas online em saúde, precisa-se de revisão e protocolos de conselhos reguladores das profissões, assim como é necessário apoio para questões técnicas e operacionais, nos estágios iniciais de implementação. O treinamento deve ser realizado para pacientes e profissionais da saúde, devendo ser distribuídos recursos para o uso da tecnologia, a fim de não excluir os que não têm acesso à mesma. Os espaços virtuais apresentam-se como importante e essencial resposta à pandemia, porém a reflexão da mudança da percepção de espaço para o cuidado em saúde deve ser discutida e devem ser avaliadas as implicações para os resultados na saúde da população⁽⁷⁾.

Esforços estão sendo feitos para aumentar os testes para profissionais de saúde, os especialistas estão sendo treinados para o trabalho em outras áreas clínicas⁽⁸⁾. Logo, outra estratégia inovadora, com dados divulgados, foi o uso de *Drive-through testing* para SARS-CoV-2 no Tayside, Escócia. Estudo mostrou que o serviço de testes foi estabelecido em 17 de março

de 2020, com amostras que foram coletadas em um hub de testes *drive-through*. Nesse estudo, com profissionais da saúde e da atenção social, mostrou que 325 de 1173 (27,7%) trabalhadores da saúde apresentaram resultado positivo para SARS-CoV-2. Esse programa, pelo NHS, ajudou a equipe de prevenção e controle de infecção em suas investigações sobre transmissão do vírus⁽⁹⁾. Além disso, revela-se uma forma segura de coleta, não tendo que deslocar o paciente, com potencial COVID-19, a um local com mais pessoas vulneráveis ao vírus. Em casos de pandemia, percebem-se as necessidades de sistemas universais de acesso à saúde, que não excluam cidadãos que não podem pagar por assistência de saúde. A testagem é importante e deve ser de amplo acesso, sem custos.

Outra resposta do Reino Unido foi aumentar a capacidade de resposta do NHS, por meio do aumento dos recursos humanos e aumento de leitos hospitalares. Como exemplo de aumento de recursos humanos, pode-se citar a chamada de profissionais de saúde aposentados e voluntários para fazerem parte da força de trabalho do NHS, assim como o incentivo a uma formação antecipada de alunos em final de curso, para poderem atuar na prática^(8,10). Esses incentivos permitiram inscrições temporárias em conselhos de classe, sem custos, a fim de facilitar o retorno e/ou início do trabalho dos profissionais⁽⁴⁾.

Existe um grande esforço do NHS a fim de dar suporte para a saúde mental, tanto da sua população, como dos profissionais da saúde. Com relação a população, por exemplo, foram oferecidas conversas de suporte, assim como a distribuição de *kits* de atividades para serem realizadas em casa. Com relação aos profissionais trabalhando na pandemia, algumas ações foram elencadas. Entre elas, a atividade chamada #ClappingForTheCarers, que aplaudiu semanalmente e publicamente os profissionais da linha de frente, por toda a Europa. Isso auxiliou a elevar o animo e ofereceu reconhecimento⁽¹¹⁾. Espera-se que esse reconhecimento seja parte de um movimento não apagado após a

pandemia. Esse pode ser um momento importante de empoderamento da Enfermagem, para a conquista de direitos históricos, como melhorias nas condições de trabalho e de salários.

Percebe-se que o foco da resposta ao COVID-19 não deve ser sobre achatamento de curvas epidêmicas, modelagem ou epidemiologia. Deve focar em proteger vidas, principalmente, vidas dos mais vulneráveis na sociedade desigual⁽¹²⁾. O Reino Unido apresentou boas práticas que impactaram a autora na sua vivência na Escócia, sendo essas anteriormente citadas.

Cabe ressaltar que desafios e críticas também foram apresentados ao NHS e ao governo britânico. Foram percebidas fortes críticas ao governo do Reino Unido, citando que o *lockdown* deveria ter sido realizado antecipadamente, a fim de permitir maior tempo para o NHS se organizar e aumentar a capacidade. Outra crítica está associada ao cancelamento de todas as cirurgias eletivas e os efeitos nos pacientes com patologias como câncer⁽¹³⁾. Isso pode causar sobrecarga futura para o NHS, assim como o aumento da mortalidade associado a outros fatores que não a COVID-19. Outro desafio apontado foi o medo da população em buscar o serviço de emergência durante a pandemia. O *Royal College of Emergency Medicine* mostrou que foram realizados 9.584 atendimentos na semana após o início do *lockdown*, mostrando uma queda de 25% nos 120.356 atendimentos da semana anterior⁽¹⁴⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Revela-se importante contextualizar e conhecer diferentes estratégias de enfrentamento da COVID-19. Baseado em um relato de experiência, foi possível perceber que houve estratégias positivas de enfrentamento ao COVID-19, no Reino Unido: a implementação do *lockdown* e a disseminação de informações claras baseadas em evidências científicas. Pode-se perceber o uso de estratégias inovadoras como *Drive-through testing*, o uso de

aplicativos e vídeo-chamadas para atendimento em saúde. Aumento da capacidade do NHS, assim como foco na saúde mental, foram formas importantes de combater a pandemia.

Críticas associadas à demora nas ações do governo britânico e negligência de outras áreas da saúde, que não fossem COVID-19, foram percebidas. Assim como as dúvidas associadas ao uso da tecnologia em saúde, na relação profissional da saúde e paciente. Percebe-se potencialidade em serviços de saúde que atendam a toda população, como o SUS e o NHS, para o combate de pandemias, devendo ser intensificadas as discussões a cerca da Universalização do Acesso a Saúde.

REFERÊNCIAS

1. England HE. The NHS constitutional values hub: National Health Service (NHS); 2020 [Available from: <https://www.hee.nhs.uk/about/our-values/nhs-constitutional-values-hub-0>].
2. World Health Organization. Timeline of WHO's response to COVID-19 WHO int2020 [Available from: <https://www.who.int/news-room/detail/29-06-2020-covidtimeline>].
3. Scottish Government. Effective 'lockdown' to be introduced 2020 [Available from: <https://www.gov.scot/news/effective-lockdown-to-be-introduced/>].
4. National Health Service. Coronavirus (COVID-19): NHS United Kingdom 2020 [Available from: <https://www.nhs.uk/conditions/coronavirus-covid-19/>].
5. Jarvis CI, Van Zandvoort K, Gimma A, Prem K, Auzenbergs M, O'Reilly K, et al. Quantifying the impact of physical distance measures on the transmission of COVID-19 in the UK. *BMC Medicine*. 2020;18(1):124.
6. Greenhalgh T, Wherton J, Shaw S, Morrison C. Video consultations for covid-19. *BMJ*. 2020;368:m998.
7. Alshakhshir R, Biazus Dalcin C, Herath K, <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3608568> AaSo. Transformation of Life and Research with COVID-19: Through the Eyes of Three Women PhD Students from Brazil, Palestine and Sri Lanka. *Social Sciences & Humanities Open*. 2020.
8. Hunter DJ. Covid-19 and the Stiff Upper Lip — The Pandemic Response in the United Kingdom. *New England Journal of Medicine*. 2020;382(16):e31.

9. Parcell B, Brechin K, Allstaff S, Park M, Third W, Bean S, et al. Drive-through testing for SARS-CoV-2 in symptomatic health and social care workers and household members: an observational cohort study in Tayside, Scotland. medRxiv. 2020:2020.05.08.20078386.
10. Nursing RCo. <https://www.rcn.org.uk/clinical-topics/infection-prevention-and-control/novel-coronavirus-2020> [Available from: <https://www.rcn.org.uk/clinical-topics/infection-prevention-and-control/novel-coronavirus>].
11. Mahase E. Covid-19: UK starts social distancing after new model points to 260 000 potential deaths. *BMJ*. 2020;368:m1089.
12. Scally G, Jacobson B, Abbasi K. The UK's public health response to covid-19. *BMJ*. 2020;369:m1932.
13. Iacobucci G. Covid-19: all non-urgent elective surgery is suspended for at least three months in England. *Bmj*. 2020;368:m1106.
14. Thornton J. Covid-19: A&E visits in England fall by 25% in week after lockdown. *BMJ*. 2020;369:m1401.



DESAFIOS E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DO CORONAVÍRUS EM MOÇAMBIQUE – ÁFRICA

Manuel Mahoche

Daniel Canavese

Maurício Polidoro

Martha Helena Teixeira Souza

Aline Blaya Martins

INTRODUÇÃO

O mundo atravessa uma crise global de saúde pública, desencadeada pela pandemia do novo coronavírus, que desafia a inteligência humana, tornando-se maior destaque na atualidade internacional, nacional e um alerta para a saúde pública^(1,2).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os primeiros casos de infecção foram registrados em 31 de dezembro de 2019, na cidade de Wuhan-China e posteriormente pelo mundo. Para além da China, os países em situações críticas, em termos de casos, constam EUA, Brasil, Rússia, Reino Unido, Espanha, Itália e Alemanha⁽³⁾.

Moçambique passou a integrar a lista de países com casos confirmados pela COVID-19, em 23 de março de 2020⁽⁴⁾. A rápida propagação da infecção respiratória aguda, SARS-COV-2, em vários países forçou a OMS a declarar a doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19) como uma pandemia, em 11 de março de 2020⁽⁵⁾. Diante dos contornos de propagação da pandemia, Moçambique decretou o Estado de Emergência

em 1 de abril de 2020, como Decreto Presidencial nº 11/2020 de 30 de março, com objetivo de conter a pandemia do novo coronavírus. Ademais, esse Decreto sofreu duas prorrogações consecutivas, terminando em 30 de junho de 2020⁽⁶⁾.

Moçambique aprovou medidas para a prevenção e contenção da propagação da pandemia de COVID-19, a vigorar durante o Estado de Emergência, descritas em 4 níveis: (i) medidas Individuais (lavagem das mãos, uso de máscaras), evitar grandes aglomerações (≤ 300 Pessoas), evitar viagens que não sejam essenciais, quarentena obrigatória a todas as pessoas que tenham viajado recentemente aos países de alta transmissão; (ii) restrição adicional de aglomerações (≤ 50 pessoas), cancelamento de vistos, obrigatoriedade de prevenção no setor público, privado e comercial, criação da comissão técnico-científica (órgão de consulta e assessoria face à COVID-19); (iii) restrição adicional de aglomerações (≤ 10 pessoas), restrição severa de aglomeração no setor comercial, obrigatoriedade de redução severa de funcionários em regime presencial (rotatividade), proibição de todos eventos (atividades desportivas e cultos); e (iv) proibição de saída de casa, encerramento de toda a atividade no setor público, privado e comercial, proibição de viagens, o que pode se denominar “*lockdown*”^(7,8). O país está no Nível de Alerta 3 contra a Pandemia do COVID-19 e no cenário de focos de transmissão.

Esta pandemia tem implicações não só na saúde pública, como também na economia e na organização social e cultural, pois as medidas envolvidas para conter a propagação do vírus envolvem a restrição da circulação de pessoas, bens e mercadorias. Por exemplo, uma dessas medidas é o confinamento de pessoas e produtos em cidades e até países inteiros, fato que reduz a atividade econômica nesses lugares e as suas relações comerciais com o mundo. Moçambique não é exceção⁽⁹⁾.

Para além das suas implicações na saúde da população mundial, a pandemia tem impactado, de forma severa, no desempenho da economia mundial e tem desestabilizado os

indicadores macroeconômicos e financeiros, podendo pressionar o nível de atividade econômica, o emprego e o bem-estar social, no curto e médio prazo⁽¹⁰⁾. Nesse contexto, o presente texto tem como objetivo descrever a evolução e discutir os desafios impostos pela pandemia da COVID-19 em Moçambique, bem como refletir sobre as possíveis medidas para a minimização dos impactos e a recuperação social.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de análise documental, de cunho qualitativo. A análise documental, como um processo analítico, a partir de fontes documentais, na qual possibilitam a identificação, a verificação e a apreciação de documentos, para ampliação e problematização de conhecimentos pré-existentes⁽¹¹⁻¹³⁾.

SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO SARV COV-2/COVID-19

Dados da OMS indicam que, até 25 de junho de 2020, foram registrados 9.542.451 casos de COVID-19 no mundo, dos quais 485.280 (9%) acarretaram em óbitos e 5.186.690 (91%) recuperados. Os EUA lideram com 2.462.708 casos e mais de 124 mil óbitos registrados, seguido do Brasil com 1.067.579 casos confirmados e 49.976 óbitos por COVID-19.

Entretanto, o primeiro caso de infecção pelo novo coronavírus na África foi registrado no Egito, em um estrangeiro e, a partir deste, foram rastreados 17 casos de contatos tendo revelado negativos. Todos permaneceram em quarentena domiciliar durante 14 dias⁽¹⁴⁾.

Segundo registros o Centers for *Disease Control and Prevention* (CDC) da África, até o dia 25 de junho de 2020, o continente africano contava com 336.019 casos positivos para SARS-COV-2, dos quais 8.856 óbitos e 160.833 recuperados.

Do total de casos registrados no continente, a África do Sul lidera as estatísticas das infecções por coronavírus, seguido pelo Egito.

Tabela 1. Total de casos confirmados, óbitos e recuperado entre os primeiros 7 países africanos, 2020

Países	Confirmados		Óbitos		Recuperados	
	N	%	N	%	N	%
África do Sul	111.796	33,3	2.205	24,9	56.874	35,4
Egito	59.561	17,7	2.450	27,7	15.935	9,9
Nigéria	22.020	6,6	542	6,1	7.613	4,7
Gana	15.013	4,5	95	1,1	11.078	6,9
Camarões	12.592	3,7	313	3,5	10.100	6,3
Argélia	12.248	3,6	869	9,8	8.792	5,5
Marrocos	10.907	3,2	216	2,4	8.468	5,3
Etiópia	5.846	1,7	103	1,2	2.430	1,5
Cabo Verde	2.116	0,6	12	0,1	608	0,4
Guiné-Bissau	1.654	0,5	24	0,3	317	0,2
São Tomé e Príncipe	713	0,2	13	0,1	235	0,1
Angola	276	0,1	11	0,1	93	0,1
Total	336.019	100	8.856	100,0	160.833	100,0

Fonte: CDC África (informação de 25/6/2020)

MOÇAMBIQUE

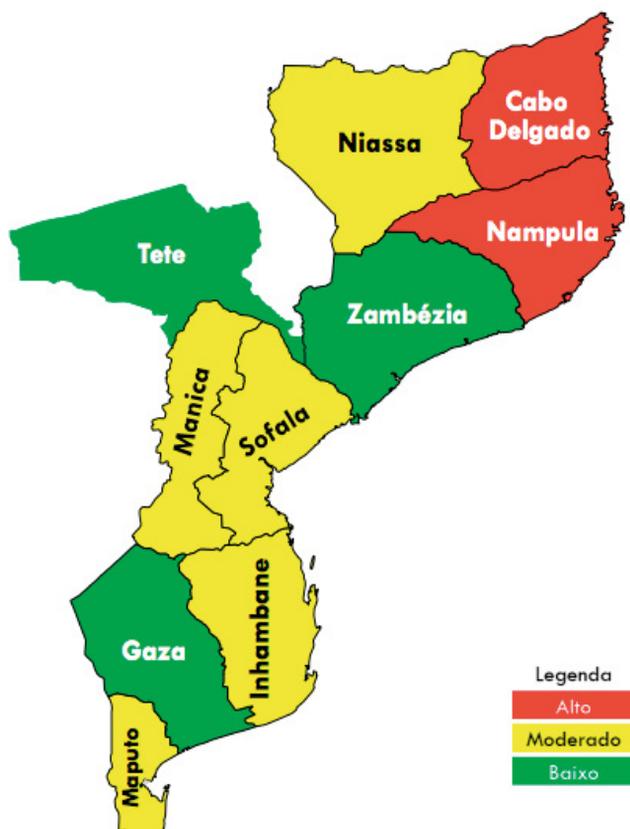
Em Moçambique, a testagem para COVID-19 iniciou em 11 de abril e o primeiro resultado positivo foi reportado no dia 22 de abril de 2020⁽¹⁵⁾. Todavia, até o dia 25 de junho de 2020 foram rastreados cerca de 1.123.757 casos suspeitos, dos quais 788 foram positivos para COVID-19 e cinco (5) óbitos. Os números de testes positivos para COVID-19 chegam a 64% e está concentrado na região Norte do país, na província de Cabo Delgado⁽¹⁶⁾.

Tabela 2. Distribuição dos casos confirmados, óbitos e recuperados pela COVID- 19, Moçambique, 2020

Regiões	Confirmados		Óbitos		Recuperados	
	N	%	N	%	N	%
Sul	238	32,2	1	20	76	33,5
Centro	49	6,2	-	-	19	8,4
Norte	501	63,6	4	80	126	55,5
Total	788	100,0	5	100,0	227	100,0

Fonte: INS-MISAU (informação de 25/6/2020)

Figura 1. Mapa da distribuição dos casos positivos e recuperado da COVID-19



Fonte: MISAU (atualizado em 25/06/2020)

De acordo com Instituto Nacional de Saúde (INS), órgão responsável pela realização dos testes laboratoriais para diagnóstico de coronavírus, a nível nacional, 91% dos casos positivos é de transmissão local (comunitária) e 9% são importados. Do total de casos positivos, 64% são de sexo masculino, com idade compreendida entre 25 a 35 anos.

O número de testes realizados em Moçambique é irrisório, ao se considerar a diversidade do país, quanto a sua estrutura demográfica e territorial, pois esse fato pode levar a uma falsa impressão da cadeia de transmissão de COVID-19.

As políticas de contenção e de controle da propagação do novo coronavírus, adotadas pelo governo, foram centralizadas, e isso pode ser evidenciado pela centralização dos equipamentos e testes de diagnóstico, para a COVID-19, na cidade Maputo (capital do país, região sul). Entretanto, o Governo tem planos para ampliar o número de teste em quatro províncias (Estados), como forma de descentralizar serviços de diagnóstico⁽¹⁷⁾.

DIMENSÃO DA COVID-19 E A CAPACIDADE DE RESPOSTA DO SETOR DE SAÚDE

O crescimento contínuo (exponencial) dos casos positivos e de óbitos por COVID-19 pode representar um desafio humano e econômico ainda mais grave, nos próximos dias, se as medidas preventivas para sua propagação não forem guiadas pelo governo e adotadas pela população. Para Moçambique, se as medidas de prevenção não forem implementadas de forma cabal e eficazmente, não se pode esperar que as consequências sejam menos graves que em outros países⁽⁹⁾.

Segundo projeções do Instituto Nacional de Estatística (INE), Moçambique conta, atualmente, com 30 milhões de habitantes, dos quais 67% vivem na zona rural⁽¹⁸⁾. O país tem cerca de 2 mil médicos, o que significa um médico para cada 15 mil habitantes. Somando o número de médicos ao dos enfermeiros

(12 mil), a distribuição da população pelos funcionários de saúde continua inferior ao recomendado pela OMS, isto é, um médico e enfermeiro para cada 2 mil pessoas. Outro dado que merece destaque é a razão da população pelo número de leitos hospitalares (21 mil), que é considerado insuficiente para responder as necessidades da população⁽¹⁹⁾.

Olhando para os indicadores hospitalares supramencionados, nota-se uma incapacidade do nosso sistema de saúde moçambicano em conter a velocidade da propagação da COVID-19, pois, para além do déficit dos recursos humanos, o sistema de saúde atravessa dificuldades infraestruturais e financeiras, em um contexto nacional de sucessivas crises econômicas e políticas pregressas.

Estimativas, realizada por Walker et. al⁽²⁰⁾, apontam que em uma situação sem medidas de prevenção ou de medidas ineficazes, cerca de 97% (ou 29 milhões) da população moçambicana pode vir a ser infectada pela COVID-19, em um período de 250 dias. Assumindo que o perfil de doentes e a capacidade do setor da saúde em Moçambique são similares aos da China, Walker e colegas estimam que cerca de 456 mil moçambicanos possam precisar de internamento hospitalar e o número de óbitos pode atingir 65 mil.

Em uma visão mais abrangente, a COVID-19 representa um desafio econômico para Moçambique, devido à natureza do seu crescimento e desenvolvimento econômico por pelo menos três (3) motivos: (i) o investimento é dependente da poupança externa (empréstimos, donativos e investimento estrangeiro) e, assim, os choques globais, como o provocado pelo ambiente de incerteza devido ao surto da COVID-19, podem reduzir o fluxo de investimentos, de donativos e empréstimos para Moçambique e, conseqüentemente, reduzir o emprego e o crescimento econômico, além de comprometer os fluxos comerciais com os países parceiros; (ii) o consumo interno depende das importações, pela oferta de bens e serviços em outros países e que facilmente se refletem na redução da oferta de bens no mercado

nacional, o que tem como resultado a subida generalizada de preços e aumento do custo de vida⁽⁹⁾, desencadeando processos inflacionários. As relações econômicas externas com países como China, Alemanha, Reino Unido e, sobretudo, EUA e o Brasil, através de cooperação e de investimento em Moçambique, pode ser drasticamente reduzida e comprometer a economia nacional e a vida dos moçambicanos.

O terceiro e último cenário que se pode descrever está associado ao fato da produtividade da população moçambicana ser demasiadamente baixa, e a maior parte da força de trabalho (8,2 milhões em 2017) estar concentrada na agricultura⁽²¹⁾. Por isso, a propagação da COVID-19 para este grupo populacional pode ter efeitos nefastos na economia, pois a maior (67%) parte da força de trabalho (quase 5 milhões) vive na zona rural, caracterizada pela ausência de poupança e baixo acesso a infraestruturas como água e esgotamento sanitário, além dos serviços de saúde.

Assim, medidas de prevenção, como, o confinamento total, poderão ser pouco eficazes, pois a maior parte da população se vê obrigada a realizar algum tipo de atividade (como, ir à *machamba*, ao poço ou ao comércio) para garantir o sustento. Sendo a agricultura de subsistência intensiva em mão-de-obra, o alastramento de casos de doença, aliado à conjuntura de conflitos armados no centro-norte de Moçambique, são capazes de reduzir a força de trabalho no setor agrário, devido à precarização das condições de saúde, de alimentação e de segurança, e pode arrastar o país para uma crise humanitária sem precedentes. A redução da força de trabalho poderá também afetar negativamente pessoas vulneráveis, como, as crianças (14 milhões), os idosos (1,3 milhões) e as pessoas com deficiência (728 mil). Esses três grupos representam cerca de 53% da população moçambicana.

De acordo com a PREC - Parceria para uma Resposta ao COVID-19 Baseada em Prova (*Partnership for Evidence-Based Response to COVID-19, ou PERC*) a implementação de medidas

sociais e de saúde pública são de extrema importância, para reduzir a transmissão da pandemia e diminuir a sobrecarga dos sistemas de saúde. Entretanto, a sua eficácia requer apoio e adesão da população e pode se constituir em um encargo significativo para as pessoas. Sobretudo, pela limitação da circulação de pessoas, bens e serviços e pelas imposições de fechamento de serviços⁽¹⁷⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em conta a evolução da pandemia em Moçambique para cadeia de transmissão comunitária, é preciso levar em conta uma série de medidas de prevenção e controle da COVID-19, olhando para os diversos prismas da sociedade moçambicana. Uma das medidas que devem ser adaptadas é o reforço da capacidade institucional em testes diagnósticos, material de proteção individual aos profissionais de saúde e apoio de bem-estar social à população.

Dada às inúmeras dificuldades que Moçambique atravessa, há décadas, fruto de processos de colonialismo e imperialismos perversos, com maior destaque para a pobreza, a corrupção, a instabilidade de segurança pública nas regiões centro e norte do país, aliado ao déficit de recursos humanos e infraestruturas. É necessário que o país adote medidas eficazes para o controle do alastramento da COVID-19, entretanto, sem esquecer-se de elaborar políticas sociais para proteger a população já historicamente negligenciada.

Também é preciso um amplo processo de sensibilização da população, através dos diversos meios de comunicação social, incluindo as lideranças comunitárias, para que as medidas de prevenção e controle do coronavírus sejam desmistificadas. E a questão de estigmatização e discriminação dos indivíduos, que foram contaminados e diagnosticados como positivos para a COVID-19, não ocorram.

REFERÊNCIAS

1. Singhal T. A Review of Coronavirus Disease-2019 (COVID-19). *Indian J Pediatr.* 2020;87(4):281–6.
2. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic [Internet]. 2020 [citado 3 de junho de 2020]. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
3. Trading Wiw. Coronavírus (COVID-19) gráficos e estatísticas [Internet]. TradingView. 2020 [citado 3 de junho de 2020]. Disponível em: <https://br.tradingview.com/covid19/>
4. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-2019) situation report -63. 2020.
5. World Health Organization, WHO. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19—11 March. 2020.
6. Moçambique. Boletim da República. Decreto Presidencial nº 11/2020, de 30 de Março, [Internet]. I série número 79 abril 9, 2020. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/16w3r81pDXehgAdqeOUdxDL-hPIQTfv-o/view?usp=drive_open&usp=embed_facebook
7. Moçambique. Conselho de Ministros. Decreto nº 12/2020. Aprova as medidas de execução administrativa para a prevenção e contenção da propagação da pandemia COVID-19, a vigorar durante o Estado de Emergência. I número 64 2020 p. 6.
8. Moçambique. Presidência da república. Comunicação à Nação de Sua Excelência Filipe Jacinto Nyusi, Presidente da República de Moçambique, sobre a situação da Pandemia do CoronaVírus – COVID-19 [Internet]. Google Docs. 2020 [citado 2 de junho de 2020]. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1OPHxHLZNkEDhJB-jn98cENzxpimSlrYx/view?usp=drive_open&usp=embed_facebook
9. Sambo MS e M. COVID-19 em Moçambique: dimensão e possíveis impactos [Internet]. IESE; 2020 [citado 2 de junho de 2020]. Disponível em: http://www.iese.ac.mz/wp-content/uploads/2020/04/Ideias-124_MSiMS.pdf
10. Bachita E. Impacto do Coronavírus sobre a economia moçambicana. *Jornal o País* [Internet]. 2020 [citado 1º de julho de 2020]; Disponível em: <http://opais.sapo.mz/impacto-do-coronavirus-sobre-a-economia-mocambicana>
11. Mitano F, Ventura CAA, Palha PF. Saúde e desenvolvimento na África Subsaariana: uma reflexão com enfoque em Moçambique. *Physis: Revista de Saúde Coletiva.* 2016; 26:901–915.

12. Souza J de, Kantorski LP, Luis MAV. Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. *Revista Baiana de Enfermagem* [Internet]. 2011 [citado 30 de junho de 2020];25(2). Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5252>
13. Viswambharan AP, Priya KR. Documentary analysis as a qualitative methodology to explore disaster mental health: insights from analysing a documentary on communal riots. *Qualitative Research* [Internet]. fevereiro de 2016 [citado 30 de junho de 2020];16(1):43–59. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1468794114567494>
14. World Health Organization. *Disease Control and Prevention* (CDC) da África. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) [Internet]. Africa CDC. 2020 [citado 3 de junho de 2020]. Disponível em: <https://africacdc.org/covid-19/>
15. Moçambique. Ministério da Saúde (MISAU). Coronavírus (COVID-19): Boletim diário de COVID-19, No.100 [Internet]. 2020 [citado 4 de junho de 2020]. Disponível em: https://covid19.ins.gov.mz/wp-content/uploads/2020/03/Boletim-diario-6_COVID-19-230320.pdf
16. Moçambique. Ministério da Saúde (MISAU). Coronavírus (COVID 19): Boletim diário Covid 19, No. 78 [Internet]. 2020 [citado 3 de junho de 2020]. Disponível em: <https://covid19.ins.gov.mz/wp-content/uploads/2020/06/Boletim-Diario-Covid-N78.pdf>
17. PERC. Implementação Eficaz de Medidas Sociais e de Saúde Pública em Moçambique: Análise Situacional. 2020.
18. Moçambique. Instituto Nacional de Estatística (INE). Resultados do IV Censo 2017 [Internet]. 2017 [citado 7 de julho de 2019]. Disponível em: <http://www.ine.gov.mz/iv-censo-2017>
19. World Health Organization. Observatório de Recursos Humanos para Saúde celebrou a II Conferência anual [Internet]. Regional Office for Africa. 2019 [citado 4 de junho de 2020]. Disponível em: <https://www.afro.who.int/pt/news/o-observatorio-de-recursos-humanos-para-saude-celebrou-ii-conferencia-anual>
20. Walker PG, Whittaker C, Watson O, Baguelin M, Ainslie KEC, Bhatia S, et al. The Global Impact of COVID-19 and Strategies for Mitigation and Suppression. 2020;19.
21. Moçambique. Instituto Nacional de Estatística (INE). Contas Nacionais de Moçambique, I Trimestre 2019. 2019.



MAPEAMENTO DAS RECOMENDAÇÕES PARA O CUIDAR DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID-19, EM PORTUGAL

Márcia Pestana-Santos

Ana Catarina Luís

Márcia Silva Coelho

Rita Branco Raimundo

Lurdes Lomba

INTRODUÇÃO

Desde que foi detectada, a infeção por SARS-COV-2 expandiu-se muito rapidamente, e no dia 29 de junho de 2020 infectou mais de 10.400.226 pessoas e provocou 507 494 mortes, em todo o mundo⁽¹⁾. Pela ausência de vacina ou tratamento eficaz, assim como a rapidez de propagação do vírus, levaram para que, no dia 11 de março, a Organização Mundial da Saúde declarasse a COVID-19 uma pandemia⁽²⁾. Em Portugal, o primeiro caso foi diagnosticado no dia 3 de março e, hoje, o país conta com 41 912 casos diagnosticados e 1 568 mortes por COVID-19. Dentre o total de infectados, encontram-se: 1 217 crianças, dos zero aos nove anos e 1 711 adolescentes, dos 10 aos 19 anos⁽³⁾. Apesar das crianças pertencerem ao grupo etário menos atingido, representando menos de 5 % do total de casos, elas não estão imunes e podem até desenvolver manifestações graves relacionadas com a doença^(3,4).

Como medida de contenção da situação pandêmica em cada país, os governos adotaram várias medidas preventivas. Entre elas, o confinamento obrigatório e o encerramento de escolas e de todos os locais públicos e privados que não fossem considerados essenciais⁽⁵⁾. Em Portugal, o encerramento das escolas deu-se ainda antes da ocorrência da primeira morte causada pela doença de COVID-19. Essa medida limitou o contato das crianças e adolescentes com os seus amigos e colegas, impediu a realização de atividades coletivas (artísticas e desportivas) e restringiu-os ao seu ambiente familiar^(6,7).

Também, o medo causado pelo desconhecido e a vivência de uma situação sem precedentes, fez com que muitas famílias evitassem dirigirem-se às instituições prestadoras de cuidados de saúde, tais como centros de saúde e hospitais. Por conseguinte, registou-se uma diminuição na procura dos cuidados e a realização de procedimentos essenciais para a prevenção de doenças ainda não erradicadas, tais como a vacinação. Além dessas, a procura de cuidados urgentes para desvelar as situações agudas também diminuiu. O que atrasou, muitas vezes, o tratamento e, conseqüente, o desfecho^(4,8).

A pandemia de COVID-19 motivou a elaboração de um conjunto de recomendações para profissionais de saúde, pais e educadores, no sentido de promover a saúde da criança e adolescente durante a pandemia de COVID-19^(9,10).

Neste contexto, a questão que norteia este estudo é: Quais as recomendações para vigilância da criança e adolescente durante a pandemia de COVID-19 em Portugal?

O objetivo deste estudo é mapear e analisar as recomendações emitidas pela vigilância da saúde da criança e adolescente durante a pandemia de COVID-19, em Portugal.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão, com análise documental, das normas e circulares informativas que visam à saúde da criança e adolescente, e que foram disponibilizadas durante a pandemia de COVID-19, pelas entidades de saúde em Portugal, como a Direção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde, Segurança Social e as Ordens profissionais dos enfermeiros e dos psicólogos. A pesquisa de documentos decorreu durante o mês de maio de 2020.

Para Bardin, a análise documental é “uma operação ou um conjunto de operações, visando representar o conteúdo de um documento, sob a forma diferente do original, a fim de facilitar em um estado ulterior a sua consulta e referência”^(11, p.40).

Segundo essa autora, a análise documental faz-se pela classificação, indexação e por intermédio de procedimentos de transformação, que têm como objetivo, analisar e representar, de forma condensada, as informações provenientes dos elementos que foram pesquisados. A finalidade desta análise é elaborar um documento secundário, com o máximo de informações pertinentes, sobre a temática em estudo.

A análise dos documentos foi realizada individualmente pelas autoras do estudo. Posteriormente, estas se reuniram, via plataforma digital, e discutiram a agregação dos dados a cada um dos domínios e categorias. Com isso, pretendeu-se cumprir a triangulação de investigadores para obtenção de robustez na análise dos dados.

Os resultados da análise documental foram organizados em categorias e unidades de registo⁽¹¹⁾. Os domínios foram estabelecidos segundo variáveis no âmbito dos cuidados a ter com a criança e adolescente, atendendo a sua situação específica.

Os três domínios incluídos neste capítulo foram: Manutenção das atividades de vida diária; Puericultura, vacinação e Acompanhamento da criança com necessidades específicas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Domínio 1: Manutenção das atividades de vida diária

Categoria 1: Alimentação

“Transmitir conhecimentos sobre alimentação saudável (...); promover a literacia alimentar (...); ensinar às crianças as principais mensagens da roda dos alimentos (...); ensinar as crianças a escolher as opções alimentares mais saudáveis, ensinando-as a ler os rótulos dos alimentos (...); transmitir algumas das regras essenciais para manter a segurança e a qualidade dos alimentos durante o seu armazenamento” (DGS_EC_de 2020, p.1/1)⁽¹²⁾. *“Promover a alimentação saudável”* (DGS_MP_de 15/04/2020, p. 11/13)⁽¹⁰⁾.

Categoria 2: Manutenção de rotinas

“Organização de uma rotina diária (...); identificar prioridades e focar-se nelas (...); manter a normalidade e atividades diárias estruturantes, diversificadas e estimulantes” (DGS_EC_de 2020, p.1/1)⁽¹²⁾. *“Mantenha rotinas e agendas regulares o máximo possível”* (OE_O_de 2020, p.2/5)⁽¹³⁾.

“Mantenha rotinas familiares na vida diária (...); estabelecer rotinas em relação às atividades escolares, alimentação e sono” (DGS_MP_de 15/04/2020, p.11/13)⁽¹⁰⁾.

“Manter as rotinas de levantar, comer e dormir (...); dar um passeio na rua, em sítios com poucas pessoas e ao ar livre, jogar a bola ou fazer uma corrida” (OP_O_de 2020, p. 7/8)⁽¹⁴⁾.

“Ler livros com a criança (...); brincar (...); jogar jogos (...); deixar as crianças criarem novos jogos (...); conversar por vídeo para manter contato” [com os amigos e família] (OE_O_de 2020, p.5/5)⁽¹³⁾.

“Incentive as crianças a continuarem a brincar e socializar” (DGS_MP_de 15/04/2020, p.11/13)⁽¹⁰⁾.

Categoria 3: Atividade desportiva

“Incentivar as crianças mais velhas a fazer exercícios ou dançar, para mantê-las em movimento” (OE_O_de 2020, p.5/5)⁽¹³⁾.

Durante o período de confinamento houve a preocupação em alertar os pais e cuidadores para a necessidade de manutenção das atividades de vida diária das crianças e adolescentes. Foi realçada a preocupação com a alimentação, para que lhes fossem fornecida uma dieta variada e equilibrada. Foi, ainda, recomendado que a criança fosse envolvida no momento da confecção das refeições. Dada a situação pandêmica, as medidas de higiene revelaram-se fundamentais para lidar com o problema e poder preveni-lo, pelo que deve ser ensinado à criança como e quando lavar as mãos, a evitar tocar no rosto, boca e nariz sem antes lavar as mãos.

As recomendações nacionais incidem sobre a necessidade de estabelecer rotinas para a criança e família⁽¹⁵⁾. Também, pelo tempo que a família vai permanecer em casa, alguns pais em teletrabalho e as crianças em telescola, o estabelecimento de horários para as diferentes atividades é fundamental. Devem ser estabelecidos horários para a realização das atividades de trabalho/escola e horários para brincar, que devem ser cumpridos. O estabelecimento de rotinas de sono e prática de atividade física é fundamental, no sentido de promover a saúde mental da criança e dos seus pais.

Nessa perspetiva, as crianças e os adolescentes foram obrigados a despender a maior parte do seu dia em frente aos monitores, de modo a realizar as atividades escolares. No entanto, o tempo que eles passam em frente aos monitores, deve ser limitado e adequado às suas idades⁽¹⁶⁾.

Domínio 2: Puericultura e Vacinação

Categoria 1: Cumprimento do Plano Nacional de Vacinação

A *“vacinação recomendada até aos 12 meses de idade” (...), “às crianças que têm estas vacinas em atraso, recomenda-se a vacinação o mais breve possível”* (DGS – C_160_80_v1 de 25/03/2020, p.1/1)⁽¹⁷⁾.

“A Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil (...) informa que não devem ser adiadas (...) o cumprimento do Programa Nacional de Vacinação (PNV)” (DGS_N_008/2020, de 26/03/2020, p.1/5)⁽¹⁸⁾.

Categoria 2: Descoberta precoce de doenças na infância

“Devem ser desenvolvidos todos os esforços para cumprir todo o esquema previsto no PNSIJ.” (...) *“As equipas de família (...) devem atualizar os contatos dos cuidadores (...). Manter a atividade que envolve o levantamento e identificação das crianças com necessidades de saúde especiais (NSE), que estão em situação de risco ou de maior vulnerabilidade (...). Todas as crianças que se enquadrem nas condições descritas devem continuar a ser alvo de especial atenção, bem como de medidas imprescindíveis e acompanhamento inadiável das necessidades de saúde, decorrentes da sua situação específica”* (DGS_N_008/2020, de 26/03/2020, p.1/5)⁽¹⁸⁾.

Categoria 3: Prioridades de vigilância

No *“1.º ano de vida da criança, incluindo a [consulta] dos 12 meses (as crianças que se atrasem neste período deverão ser reconvocadas de imediato) - 6 consultas (...); entre os 18 meses e os 24 meses – 1 consulta (...); aos 5 anos – 1 consulta” (...).* *“Os Procedimentos previstos no Programa Nacional do Rastreio Neonatal (Teste do pezinho), “que deverão ser realizados entre o 3.º e 6.º dia, após o nascimento” (...).* *“Este momento deve ser utilizado para a avaliação dos critérios de elegibilidade para eventual vacinação com a vacina BCG”* (DGS_N_008/2020, de 26/03/2020, p.2/5)⁽¹⁸⁾.

Apesar do programa de vacinação infantil nunca ter sido interrompido, houve muitos pais que, motivados pelo medo, não foram vacinar os seus filhos. Rapidamente, foram emitidas várias notícias, por representantes do Ministério da Saúde e da Direção-Geral da Saúde, alertando para a importância da manutenção do cumprimento do calendário vacinal e não interrupção da vacinação das crianças, sob risco de reaparecimento de doenças graves na infância, como é o caso do sarampo. Também, cada unidade de saúde foi responsabilizada para convocar todas as crianças que tinham vacinação agendada ou que estavam em atraso, para dirigir-se ao posto de saúde, a fim de efetuar o procedimento de imunização⁽¹⁹⁾.

As diretrizes programáticas de promoção e redução de dano na saúde infantil centraram-se no não adiamento do rastreio neonatal e na manutenção do cumprimento do Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, no que se refere a todas as consultas temporalmente coincidentes com o programa de vacinação. Essa programação síncrona, rentabiliza as deslocações aos centros de saúde e evita deslocamentos desnecessários⁽²⁰⁾.

Domínio 3: Acompanhamento da criança com necessidades específicas

Categoria 1: Suporte emocional

“Disponibilizar (...) linha de apoio emocional pediátrica (...), atendimento e orientação através de suporte emocional” (SNS_LAE_de 01/04/2020, p.1/1)⁽²¹⁾.

“Treino da atenção plena (...) na gestão do stress e da ansiedade (...). Práticas Audioguiadas: Exploração Corporal/Body Scan e Respiração Guiada.”_(CHP_I-AP de 2020, p.1/1)⁽²²⁾.

Disponibilizar e-mail para esclarecimento de *“dúvidas relativamente a dificuldades na gestão de ansiedade, de comportamento e/ou ideias para ocupar o tempo em casa, de forma lúdica e agradável”* (CHP_I-AP de 2020, p.1/1)⁽²²⁾.

“Ajuda às crianças encontrar maneiras positivas de expressar sentimentos” (DGS_MP_de 15/04/2020, p.5/13)⁽¹⁰⁾.

Categoria 2: Cuidados Paliativos no Domicílio

“Não receber visitas em casa (...); manter uma reserva dos medicamentos habituais e do material (seringas, compressas, sondas, soro, etc), pelo menos para 1 mês (...); ter medicação de SOS para agudizações (...); avaliar com o seu médico a possibilidade de desmarcar consultas ou terapias programadas, mantendo o que se considerar essencial (...); não adiar a administração de vacinas (exceto se indicação médica contrária (...); se sair de casa, utilize sempre máscara facial e evite o contato próximo com outras pessoas” (APCP_CI_de 2020, p.2/2)⁽²³⁾.

Para além das recomendações acima referidas, e que são transversais a todas as crianças, acrescem as que se seguem e que são específicas para as crianças que se encontram institucionalizadas.

Categoria 3: Criança e Adolescente Institucionalizado

“Apoiar as crianças e os jovens a entenderem a ansiedade e negociar estratégias para lidar com os sentimentos”; “Suspensão temporária de todo o tipo de visitas e saídas das crianças e jovens, que se encontram integradas em respostas de acolhimento residencial ou familiar”; “A família pode contactar com as crianças através de chamadas telefônicas, videochamadas, via SKYPE ou equivalente, para manter um contato direto com elas”; “Cessamento das atividades lúdicas coletivas, devendo ser privilegiadas as atividades em pequenos grupos, por faixa etária /grau de maturidade e interesses”; “Promoção do exercício físico, da estimulação cognitiva e das atividades lúdico-pedagógicas”; “Garantir rotinas consistentes, para criar um senso de previsibilidade” (SS_O_de 01/04/2020, p.2/4)⁽²⁴⁾.

Categoria 4: Criança e Adolescente em situação de Violência

Incentivar a criança ou adolescente a “*pedir ajuda a quem confia* (p.1/2), (...) *mantenha uma ligação regular com amigos, familiares e outras pessoas que o apoiam*” (CNCJ_I de 2020, p.2/2)⁽²⁵⁾.

“*Disponibilização de um contato telefônico 12h por dia (8-20h)*” (CNPDPJCJ_R2_de 04/2020, p.4/4)⁽²⁶⁾.

“*Manter o contato com os amigos e família, (...) com os seus professoras e colegas da escola (...), conversar com alguém em quem confies, sobre aquilo que te preocupa*” (CNPDPJCJ_R3_de 04/2020, p.2/2)⁽²⁶⁾.

O momento de incerteza e de *stress*, aliado à obrigatoriedade de confinamento, torna-se uma ameaça ao bem-estar emocional de crianças e adolescentes. A atualização constante de informação e a mudança súbita de rotinas fazem com que o “desligar” seja uma luta. Recomenda-se, por isso, a adoção de estratégias para a gestão do *stress* e da ansiedade, como a realização de treinos de atenção plena, através de práticas audioguiadas de exploração corporal/*body scan* e respiração guiada. Além disso, é sugerido o recurso de linhas de apoio emocional para pediatria, bem como disponibilização de contatos de correio eletrônico, no sentido de esclarecer dúvidas relativamente à gestão da ansiedade, comportamentos e/ou ideias para ocupar o tempo.

A garantia da continuidade do acompanhamento, em contexto de cuidados paliativos, tendo em conta as restrições ao contato social, motivou a elaboração de um conjunto de recomendações.

Com o confinamento, pelo *stress* e a ansiedade que lhe estão inerentes, foi previsto um aumento de situações de violência, em que crianças e adolescentes estão inseridos. Dessa forma, foram reforçados os apelos/recomendações à denúncia, através das linhas de apoio via telefone e *e-mail*. Também,

foi fortemente recomendado que as crianças e adolescentes mantivessem uma ligação regular com amigos, familiares, professores, psicólogos e colegas da escola⁽²⁷⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia por COVID-19 implicou em alterações no cuidado à criança e ao adolescente, bem como na dinâmica das famílias. Para dar resposta às necessidades identificadas, durante este processo pandêmico, foram emitidas em Portugal diversas normas e recomendações, cujos aspectos principais se encontram espelhados nesta análise documental.

Relativo à manutenção das atividades de vida diária, destacam-se as recomendações no âmbito da alimentação, da manutenção de rotinas e da atividade desportiva. Para uma alimentação saudável sugere-se que pais, famílias e cuidadores transmitam, ensinem e promovam a aplicação dinâmica de conhecimentos no cotidiano de crianças e adolescentes. Por sua vez, a manutenção de rotinas torna-se essencial, com vista à estruturação do dia a dia, à sensação de normalidade e ao bem-estar geral dessa população. A atividade desportiva revela-se um aspecto fulcral no cotidiano de crianças e adolescentes, pelo que deve ser incentivada a sua prática por pais, familiares e cuidadores.

A puericultura e vacinação é um domínio alvo de grande preocupação por parte das entidades de saúde nacionais, que, pelo medo, levou ao incumprimento do Plano Nacional de Vacinação na infância e adolescência. Com o objetivo de continuar a desvelar precocemente doenças na infância, são estabelecidas prioridades de atuação dos profissionais de saúde no âmbito da vigilância, que se centram no 1.º ano de vida (rastreamento neonatal, consultas e vacinação), entre os 18 e os 24 meses (consulta e vacinação) e os cinco anos (consulta e vacinação). Todas as consultas, de presença física, coincidem com os momentos de imunização previstos no Plano Nacional de Vacinação.

Neste tempo de pandemia, o acompanhamento da criança com necessidades específicas deve englobar o suporte emocional. Desse modo, é sugerida a utilização dos meios de comunicação e tecnologia, para apoiar na gestão do *stress* e da ansiedade. A vulnerabilidade inerente a esta população é ainda mais evidente em crianças e adolescentes em cuidados paliativos no domicílio, institucionalizados ou em situação de violência. Em cuidados paliativos, é recomendado que entre famílias, cuidadores e equipe de saúde sejam tomadas precauções, em longo prazo, em relação a materiais e terapêutica. É sugerida, ainda, a flexibilização do agendamento de consultas e terapias, mantendo, assim, o rigor dos cuidados. Para além dos aspectos mencionados anteriormente, em situações de institucionalização, é determinante aliviar a carência do suporte familiar, usufruindo dos meios de comunicação e tecnologia, assim como adaptar as atividades escolares e lúdicas. Particularmente, em situações de violência, é importante que a criança e adolescente sejam incentivados a manter o contato com as pessoas em quem confiam, no sentido de facilitar a denúncia e o acompanhamento.

Associada a esta análise documental, surgiram algumas limitações, das quais se destaca a constante atualização de documentos relativos às recomendações e normas a adotar, durante a pandemia de COVID-19, em Portugal. Por outro lado, esse aspecto esteve na base de uma atitude pró-ativa e célere, exigida pelo carácter dinâmico próprio de uma situação grave e desconhecida, como é o caso desta pandemia.

Através do mapeamento e análise da informação, emitida durante a COVID-19, em Portugal, foi possível agregar as recomendações produzidas para vigilância da saúde da criança e adolescente. Assim sendo, este documento facilitará a consulta dessas recomendações, em futura situação pandêmica.

REFERÊNCIAS

1. Worldometer. COVID-19 CORONAVIRUS PANDEMIC 2020. [Internet]. [acesso em 2020 jun 29]. Disponível em: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>.
2. World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 11 march 2020. [Internet]. [acesso em 2020 jun 26]. Disponível em: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>.
3. Direção-Geral da Saúde. Ponto de situação atual em Portugal. [Internet]. [acesso em 2020 jun 29]. Disponível em: <https://covid19.min-saude.pt/ponto-de-situacao-atual-em-portugal/>.
4. Direção-Geral da Saúde. Plano nacional de preparação e resposta à doença por novo coronavírus (COVID-19). [Internet]. [acesso em 2020 jun 26]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-preparacao-e-resposta-para-a-doenca-por-novo-coronavirus-covid-19-pdf.aspx>.
5. World Health Organization. 2019 Novel coronavirus (2019-nCoV): Strategic preparedness and response plan. [Internet]. [acesso em 2020 jun 26]. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/srp-04022020.pdf?ua=1>.
6. Direção-Geral da Saúde. Relatório de situação: Situação epidemiológica em Portugal. [Internet]. [acesso em 2020 jun 29]. Disponível em: <https://covid19.min-saude.pt/ponto-de-situacao-atual-em-portugal/>.
7. República Portuguesa. Medidas extraordinárias de contenção e mitigação do coronavírus - Conselho de Ministros de 12 de março de 2020. [Internet]. [acesso em 2020 jun 23]. Disponível em: <https://www.portugal.gov.pt/download-ficheiros/ficheiro.aspx?v=10317e83-589c-49b6-91ab-26341e747058>.
8. Direção-Geral da Saúde. Cumprimento do Programa Nacional de Vacinação durante a epidemia de COVID-19 – Medidas de exceção. [Internet]. [acesso em 2020 mar 25]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/a-direccao-geral-da-saude/comunicados-e-despachos-do-director-geral/cumprimento-do-programa-nacional-de-vacinacao-durante-a-epidemia-de-covid-19-medidas-de-excecao-pdf.aspx>.

9. Direção-Geral da Saúde. COVID-19: Medidas de Prevenção e Controlo em Creches, Creches familiares e Amas. Medidas de Prevenção e Controlo em Creches, Creches familiares e Amas. [Internet]. [acesso em 2020 mai 23]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0252020-de-13052020-pdf.aspx>.
10. Direção-Geral da Saúde. Manual para famílias: Como lidar com o isolamento em contexto familiar. [Internet]. [acesso em 2020 mai 23]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-para-familias-como-lidar-com-o-isolamento-em-contexto-familiar-pdf.aspx>.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. ed. revista e atualizada. Portugal: Edições 70; 2014; p. 40. Português.
12. Direção-Geral da Saúde. Espaço Criança. [Internet]. [acesso em 2020 mai 22]. Disponível em: https://covid19.min-saude.pt/espaco-crianca-2/?fbclid=IwAR0vyqISoU09DIZpEqg54iYfXmf4I668a9q8uIkGB_IEY_GogfdWZw5Tk9M.
13. Ordem dos Enfermeiros. Orientações - COVID-19. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2020. Em: Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. [Internet]. [acesso em 2020 mai 22]. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17946/mesa-do-col%C3%A9gio-da-especialidade-de-enfermagem-de-sa%C3%BAdede-infantil-e-pedi%C3%A1trica-orienta%C3%A7%C3%B5es-covid-19.pdf>.
14. Ordem dos Psicólogos. COVID-19: Como explicar a uma criança a importância das medidas de distanciamento social e isolamento. [Internet]. [acesso em 2020 mai 23]. Disponível em https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/covid_19_crianças_.pdf.
15. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física. [Internet]. [acesso em 2020 jun 26]. Disponível em https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/10/DGS_PNPAF2017_V7.pdf.
16. Faria H, Costa I, Neto A. Hábitos de Utilização das Novas Tecnologias em Crianças e Jovens. GM [Internet]. [acesso em 2020 jun 26]; 5(4). Disponível em: <https://www.gazetamedica.pt/index.php/gazeta/article/view/214>.
17. Direção-Geral da Saúde. Comunicado - Cumprimento do Programa Nacional de Vacinação durante a epidemia de COVID-19 – Medidas de exceção. [Internet]. [acesso em 2020 mar 27]. Disponível em <https://www.dgs.pt/a-direcao-geral-da-saude/comunicados-e-despachos-do-director-geral/cumprimento-do-programa-nacional-de-vacinacao-durante-a-epidemia-de-covid-19-medidas-de-excecao-pdf.aspx>.

18. Direção-Geral da Saúde. Norma - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil e epidemia covid-19. Em: Divisão de Saúde sexual, reprodutiva, infantil e juvenil (Editor). [Internet]. [acesso em 2020 mar 27]. Disponível em <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/informacoes/informacao-n-0082020-de-26032020-pdf.aspx>.
19. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Vacinação. [Internet]. [acesso em 2020 jun 26]. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-vacinacao-2017-pdf.aspx>.
20. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. [Internet]. [acesso em 2020 jun 26]. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>.
21. Serviço Nacional de Saúde. Covid-19: Linha apoio emocional pediátrica. [Internet]. [acesso em 2020 mai 22]. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/noticias/2020/04/01/covid-19-linha-de-apoio-emocional-pediatria/?fbclid=IwAR20DRx6QJJ8eYvAiLymkT43ox6lLK9rR9iDIMRPrUYRMbcfXGIAeyMAKs4>.
22. Centro Hospitalar do Porto. Atenção plena em tempos de COVID-19. [Internet]. [acesso em 2020 mai 25]. Disponível em https://www.chporto.pt/pdf/2020/Atencao_Plena_Completo.pdf.
23. Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. Covid-19: aTTitude IPSS lança campanha informativa de apoio aos cuidados paliativos pediátricos. [Internet]. [acesso em 2020 mai 22]. Disponível em <https://www.apcp.com.pt/noticias/covid-19-attitude-ipss-lanca-campanha-informativa-de-apoio-aos-cuidados-paliativos-pediatricos.html?fbclid=IwAR1utvXLXVDI19c4r06YhNZiY8Vk5-Yar3QuohK18k4-aKruzAnteJBSFV0>.
24. Segurança Social. COVID-19: Medidas de Apoio Excepcional - Infância e Juventude. [Internet]. [acesso em 2020 mai 23]. Disponível em http://www.seg-social.pt/documents/10152/16722120/COVID+19_plano+de+exce%C3%A7%C3%A3o+CA+V02+1+abril.pdf/f7df0b2f-05ac-498e-b9b9-b6ce5f03ce9d.
25. Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens. Corona vírus #Covid-19: Como lidar com a situação. [Internet]. [acesso em 2020 mai 23]. Disponível em <https://www.cnpdpdj.gov.pt/corona-virus-covid-19-como-lidar-com-a-situacao1.aspx>.

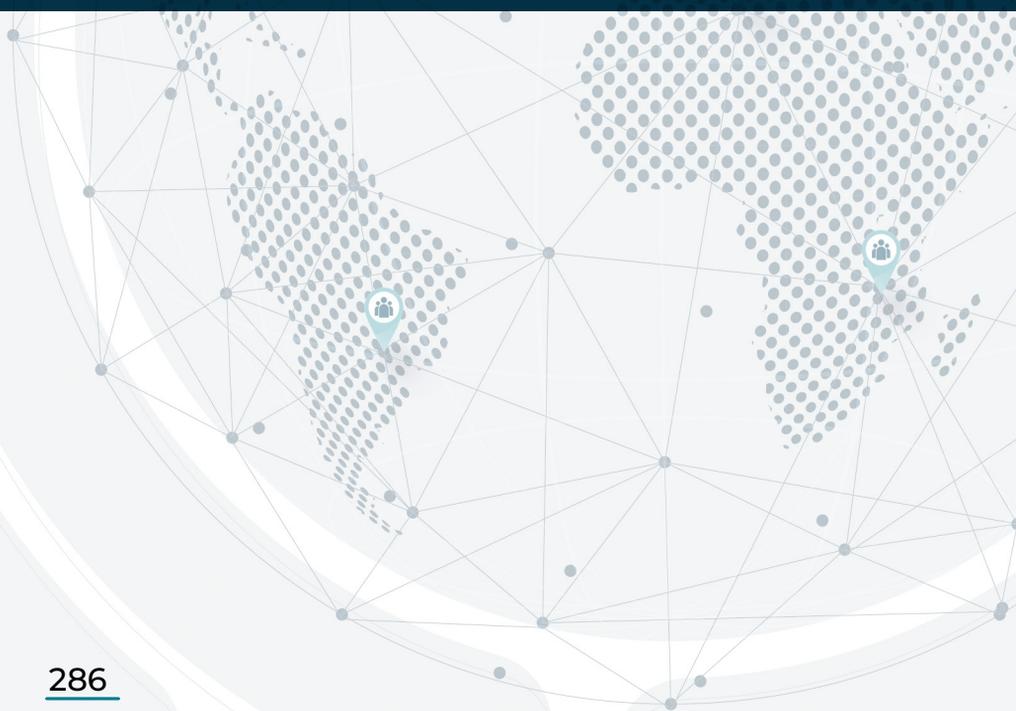
26. Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens. Proteger crianças compete a tod@s. [Internet]. [acesso em 2020 mai 23]. Disponível em <https://www.cnpdpcj.gov.pt/cnpdpcj-lanca-campanha-de-comunicacao-de-situacoes-de-perigo-de-criancas-e-jovens.aspx>.

27. Portugal. Decreto-Lei n. 281/2009, de 6 de outubro de 2009. [Internet]. [acesso em 2020 jun 25]. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/491397>.



Parte 3

PARECERES DE AVALIADORES NACIONAIS E INTERNACIONAIS



Luiza Watanabe Dal Bem

Enfermeira. Doutora e Mestre em Enfermagem pela EEUSP. Atua desde 1992 na área de assistência domiciliar, como presidente da Dal Ben Home Care. A partir de 2007 integra a Diretoria do SINDHOSP-Sindicato dos Hospitais, Clínicas, Casas de Saúde, Laboratórios de Pesquisas e Análises Clínicas e demais estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de São Paulo, responsável pelo departamento de Assistência Contínua. Membro da REBRAENSP- Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente, coordenadora do Núcleo de Assistência Domiciliar do Polo São Paulo. Desenvolve pesquisas na área de gestão em assistência de enfermagem domiciliar. Diretora, DAL BEN HOME CARE.

1. RELEVÂNCIA DA OBRA

A apresentação e estrutura da obra está coerente com o título, a temática é de extrema relevância, necessária e atual. Os capítulos do livro foram elaborados por autores nacionais e internacionais, que atuam diariamente na temática, sendo, na maioria docentes e discentes de programas de pós-graduação; com experiência em pesquisa internacional; egressos de programas de pós graduação da Universidade Franciscana; vinculados à instituição de ensino ou pesquisa; vivência profissional, discentes de graduação em enfermagem, o que confere à obra seu caráter de interdisciplinaridade e robustez no conteúdo.

As pesquisas, relatos de experiências e reflexões teórico-prática, contribuem para o desenvolvimento científico, cultural e para uma reflexão crítica sobre o tema a Covid-19. Esse livro representa um evento único, com produção significativa, riqueza pela convergência de teorias e práticas. Descreve as estratégias adotadas, nos diferentes contextos e sistemas de saúde, que se

revelam imbuídas de compaixão, assertividade e de generosidade ao compartilhar as experiências e os resultados obtidos em seu cotidiano. Isso confere à obra importante contribuição para o avanço do conhecimento na área da saúde. Atinge os objetivos a que se propõe de forma coerente, socializa as experiências relacionadas ao enfrentamento da Covid-19, ressalta-se o tratamento interdisciplinar que norteia essa publicação e cujo exercício leva à construção de um conhecimento globalizante.

A importância dos registros apresentados sobre as medidas adotadas contribui para a reorganização de serviços frente a epidemia na cadeia produtiva da saúde, em cada área: prevenção, promoção, assistência, reabilitação, ensino e pesquisa. As experiências nacionais e internacionais traduzem o protagonismo social da enfermagem em um momento pandêmico. As temáticas abordadas evidenciam a adequação do material às inquietações e anseios dos profissionais de saúde especialmente da enfermagem, o que lhes possibilita trocas genuínas entre os autores, discentes, docentes e cidadãos.

2. INOVAÇÃO E ORIGINALIDADE

A obra é inovadora porque apresenta originalidade na formulação do problema de apresentar as diferentes formas de enfrentamento ao Covid-19, o que lhe confere um caráter inovador. A revelação sob forma de relatos de experiências frente a pandemia, formulações teórico-práticas e de pesquisas são formas de contribuição inovadora para o campo do conhecimento. O surgimento da doença do Covid-19 há muitas conjecturas e uma corrida contra o tempo, em busca de mais informações para enfrentar uma situação incógnita para todos. Qual o meio de transmissão? Quais são os sintomas? Quais as recomendações? Qual será o futuro da doença no Brasil? Como tem sido a experiência em outros países, o que tem sido assertivo ou não, para errarmos menos?

3. POTENCIAL DE IMPACTO

A obra é acessível para o público altamente especializado na temática, pesquisadores, docentes, alunos de pós-graduação, graduandos, especialistas na área, acadêmicos em geral e para um público não acadêmico.

Dessa forma, vislumbramos que o compartilhar saberes advindos do atual momento de crise pandêmica frente à Covid-19, é emergencial, a viabilidade de implementação e pertinência da obra como material didático, verdadeiro campo fértil para a resignificação identitária exigida pelo processo de aprendizagem como um todo. Esse livro constitui uma modalidade de veiculação de produção de conhecimento, tecnológica e científica, referências para a construção de campos de conhecimento que converge com a comunidade acadêmica brasileira pela temática abordada- Covid 19.

O partilhamento da vivência dos autores e o reconhecimento da atuação dos enfermeiros, corrobora com o propósito *Nursing Now* e contribui para uma melhor visibilidade e valorização da enfermagem brasileira.

Aos autores transmito minhas congratulações pela realização desse importante livro e agradeço a oportunidade de ler em primeira mão.

Rosimere Ferreira Santana

Enfermeira. Professora Associada da Universidade Federal Fluminense (2006), atuando na graduação, na especialização em Enfermagem Gerontológica, no Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial (MPEA), no Mestrado e no Doutorado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde (PACCS). Líder do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem Gerontológica (NEPEG) e do Grupo de Estudos em Sistematização da Assistência de Enfermagem (GESAE). Atualmente é Coordenadora do Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial (2019-2022). Coordenadora do Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica (DCEG) da ABEn- Nacional (2018-2020). Coordenadora do Acordo de Cooperação entre a UFF e a Azienda per L'assistenza Sanitaria Triestina - Itália (2017). Vice-coordenadora da Rede de Pesquisa em Processo de Enfermagem (RePPE 2020-2021). Membro da Sigma Theta Tau - Capítulo Rho Upsilon. Membro da Comissão de Propriedade Intelectual da UFF (2018-2020). Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2.

1. RELEVÂNCIA DA OBRA

A obra trata de temas emergentes e atuais da Pandemia da COVID-19 destacando a Campanha Nursing Now, com experiências internacionais importantes que compõem que podem ser compartilhadas nacionalmente e contribuir para o cuidado de enfermagem global. Possui uma abrangência nacional com Capítulos de autores das cinco regiões brasileira, e por isso retratam a realidade da atuação da Enfermagem no cenário da Pandemia tratando dos principais tema do enfrentamento diário no cuidado como o isolamento social e o trabalho, a saúde mental, a atenção primária, as populações vulneráveis e atendimento aos grupos humanos.

2. INOVAÇÃO E ORIGINALIDADE

O livro destaca com inovação e originalidade a atuação da enfermagem no cuidado aos indivíduos, famílias e comunidades no enfrentamento da Pandemia da COVID-19, com destaque para temas emergentes ao ciclo da vida e nas experiências internacionais e suas implicações para o cuidado global requerido para mitigar os efeitos da pandemia. Logo, o livro oportunizará reflexões importantes sobre as implicações da Pandemia no cuidado integral e holístico do ser humano seja nos aspectos práticos, biológicos, psicológicos ou sociais.

3. POTENCIAL DE IMPACTO

O Potencial de impacto do livro primeiramente é no campo prático de capacitação técnico-científico, com a publicação de uma obra que pode auxiliar na documentação e divulgação do cenário atual da Pandemia da COVID-19 retratando os temas emergentes da experiência profissional do cuidado de enfermagem. Outro Potencial de impacto da obra se relaciona à relevância social e à produção intelectual, com capítulos de autores com experiência na área e compromisso com a construção da ciência da enfermagem e seu potencial de transferência do conhecimento. E, por último, o potencial de impacto econômico, na medida que relata experiências e cuidados de enfermagem o consumo da obra pode diminuir lacunas no atendimento a população em meio a uma Pandemia com limitadas comprovações científicas.

Vera Lucia Pamplona Tonete

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EE-USO. Especialista em Saúde Coletiva pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista – FMB – UNESP. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Curso de Mestrado e Doutorado Profissional – FMB UNESP. Docente responsável pela disciplina Enfermagem Pediátrica do Curso de Graduação em Enfermagem – FMB – UNESP.

Descrição da obra: trata-se de primeira edição de obra literária única, do tipo coletânea, no idioma português, composta por relatos de pesquisa e de experiência de autores profissionais da enfermagem, e de outras profissões da saúde, com inserção em serviços de saúde e instituições nacionais e internacionais de ensino e pesquisa, principalmente vinculados a programas de pós-graduação em enfermagem, sobre o tema da COVID-19 e suas implicações para diversas subáreas e contextos de atuação profissional da Enfermagem.

1. RELEVÂNCIA DA OBRA

Embora dispondo de produção científica, técnica e tecnológica incipiente sobre o tema abordado, a obra reúne estudos suficientemente embasados em diferentes referenciais teóricos e metodológicos próprios da Enfermagem e/ou de outras áreas afins a essa área de conhecimento e prática, bem como pertinentes à COVID-19, explicitados textualmente ou não. Destaca-se que os estudos apresentam, entre si, coerência e integração de conceitos e termos utilizados.

Com a devida sustentação e coerência teórico-metodológica, clareza, criticidade e objetividade de seus resultados e conclusões, os estudos que compõe esta obra se revestem de grande valor para o desenvolvimento científico da área de Enfermagem, apresentando contribuição ímpar e de amplo escopo para subsidiar sua atuação em pandemias e, em especial, frente ao grave e relevante problema atual de saúde pública nacional e internacionalmente reconhecido, a COVID-19.

2. INOVAÇÃO E ORIGINALIDADE

O próprio ineditismo e atualidade do tema abordado pela obra, a caracterizam como inovadora e de grande importância para o avanço do conhecimento teórico e prático na área da Enfermagem e de outras do campo da Saúde, inclusive, apresentando subsídios para o desenvolvimento de produtos e/processos técnicos/tecnológicos para o enfrentamento do agravo em foco.

3. POTENCIAL DE IMPACTO

A obra potencialmente indica considerável impacto em diferentes campos, especialmente no profissional, principalmente no que diz respeito ao desenvolvimento científico, ao posicionamento político e técnico e à visibilidade da Enfermagem e de suas contribuições para o enfrentamento da COVID-19 e de outros problemas que afetam os diferentes grupos sociais, em âmbito nacional e internacional.

A depender das características de publicação, como forma de acesso, tiragem e tradução para outros idiomas, prevê-se a ampliação do potencial de impacto dessa obra para outros contextos profissionais, além do da Enfermagem brasileira.

Angélica María Ospina Romero

Enfermera. Doctora en enfermería. Magister en Educación. Epidemióloga. Profesora asociada de la Universidad de la Sabana, Colômbia. Directora de la Maestría en Enfermería, modalidad presencial y virtual. Investigadora del grupo de Cuidado Unisabana, en la línea de teoría y calidad del cuidado de enfermería.

El trabajo hace una reflexión sobre las pandemias pasadas y la presente, frente a la pandemia actual por COVID-19 resalta: el año internacional de enfermería frente a la pandemia, la atención primaria en salud, enfermería obstétrica, la enfermera y el covid, la práctica de enfermería en la pandemia, vacunas y cobertura, personas mayores en el contexto universitario, desempeño de la enfermera en poblaciones rivereñas, salud mental, mujer embarazada, visibilidad e importancia de enfermería y salud global, liderazgo y seguridad del paciente, riesgos psicosociales, la academia y la capacitación de los profesionales de salud, rol de enfermería, estrategias de afrontamiento en covid, cuidado de niños y adolescentes.

El tema de acuerdo a los títulos muestra experiencias de enfermería en diferentes áreas de trabajo nacionales e internacionales, sin embargo, algunos de los títulos no dejan ver la intención del contenido.

1. RELEVANCIA DEL TRABAJO

- Se abordan diferentes estudios, reflexiones, análisis de experiencias, que son relevantes y que marcan la pauta para investigar aún más sobre estos fenómenos que se vivencian con la pandemia. Estos elementos pueden ser el inicio de proyectos de investigación que sirven

no solo en época de pandemia, sino también frente al tema de las enfermedades infecciosas transmisibles, que se presentan y seguirán presentándose, tanto a nivel local como mundial.

- Puede ser importante tener un capítulo que hable sobre enfermería en las unidades de cuidado intensivo.

2. INNOVACIÓN Y ORIGINALIDAD

- Es un tema novedoso, en especial en este momento en que la pandemia por covid es y seguirá vigente, en tanto no haya vacuna.
- La introducción en varios capítulos es similar, podría proponerse una sola introducción con los aspectos que más se repiten, haciendo alusión a la definición de covid según la OMS y otros aspectos. La recomendación es revisar si estas introducciones se unifican.

3. POTENCIAL DE IMPACTO

- Puede ser un documento de consulta que está enriquecido con diferentes miradas de la pandemia en distintas partes del mundo.
- Tiene un riesgo, y es la rápida evolución de la pandemia, que hace que puedan cambiar algunas conceptualizaciones y manejo de pacientes.

Sandra Verónica Valenzuela Suazo

Enfermera. Doctor en Enfermería de la Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; São Paulo, Brasil. Profesor Titular del Departamento de Enfermería del Adulto y Adulto Mayor de la Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción, Chile. Editora Adjunta de la Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería de la Asociación Ibero-Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ALADEFE)

1. RELEVANCIA DE LA OBRA

Esta crisis sanitaria asociada a la pandemia generada por el coronavirus SARS-CoV-2 a mostrado como los profesionales de enfermería son esenciales en toda la cadena de cuidado de salud, en la promoción, rehabilitación, investigación y transferencia del conocimiento a la población, así como, al cuidado directo; en la lucha de los estados por alcanzar sistemas de salud robustos y capaces de responder con eficacia a los desafíos y necesidades de salud de las personas y comunidades en el contexto de esta pandemia. Una forma de documentar experiencias de esta situación mundial es hacerla visible a través de un texto, una obra como esta. Por esto el libro es relevante, pues, responde y documenta iniciativas de investigación; revisiones y análisis reflexivos y críticos, los desafíos de la pandemia para enfermería, su protagonismo, el liderazgo y riesgos que esta ha significado. Se trata de un esfuerzo colaborativo que se organizan en 19 trabajos de diferentes autores y países: Brasil; Arabia Saudita; Chile; Colombia; Escocia; Mozambique y Portugal.

El texto favorece la tarea educativa de enfermería la que ha tenido que incorporar y adaptarse a nuevas metodologías virtuales y didácticas y en todos aquellos escenarios que

busquen informarse respecto a como se está ejecutando la práctica diaria en estas circunstancias de pandemia. El texto se sustenta sobre análisis sólidos y crea puentes hacia la práctica a través de un lenguaje comprensivo.

Es texto es dinámico y de fácil lectura. Los trabajos que lo integran son informativos y apoyan, a través de su claridad la comprensión para ser discutidos y utilizados en otros escenarios.

Destaco la pertinencia y actualidad de las referencias bibliográficas, es un aspecto relevante que incorpora cada uno de los trabajos que se integran en el texto y en la discusión de los autores. El soporte bibliográfico actualizado se constituye en un análisis del estado del arte que permite reforzar y sustentar aspectos informativos levantados, facilitan la comprensión así como observar su preponderancia.

2. INNOVACIÓN Y ORIGINALIDAD

La innovación está muy presente el texto, mostrando como se han organizado gestoras del cuidado para enfrentar la alta demanda de fuerza de trabajo preparada y especializada y, además, destacan aspectos históricos de enfermería y cómo la profesión y disciplina ha tenido que reinventarse en este año, particularmente, cuando se celebrarían los 200 años del natalicio de Florence Nigthingale y planificábamos la actividad de visibilizar a enfermería a través del “Nursing Now” con el apoyo de la OMS en nuestros países.

Observo la entrega de información novedosa y original de cómo se ha enfrentado la pandemia, por ejemplo, en poblaciones ribereñas al Amazonas; en académicos de mayor edad; en culturas africanas donde la ruralidad está presente y en grupos de alta vulnerabilidad como son los niños, niñas; adolescentes y gestantes.

En el texto, autores hacen destaque de los retos éticos, humanitarios y económicos que nos ha traído la pandemia y futuros desafíos que esperan a las instituciones de salud para

responder a las necesidades postergadas de problemas crónicos de la población y en un escenario de sobrecarga de los trabajadores sanitarios y de los servicios sanitarios.

La investigación a demostrado como los cuidados seguros son dependientes de la calificación y del número de profesionales disponibles en los equipos de salud. El texto incorpora un análisis reflexivo y propuesta teórica para valorar los riesgos psicosociales de los profesionales de enfermería que se generan por la exposición durante turnos prolongados al cuidado de enfermos críticos por el SARS-CoV-2.

Muestran resultados de investigaciones donde, consistentemente, si los equipos de salud incorporan una dotación segura de enfermería la morbimortalidad hospitalaria disminuye de forma significativa, asimismo, la importancia de la formación y perfeccionamiento para que los profesionales puedan responder adecuadamente, se refuerza la necesidad de capacitación. Invertir en la formación y seguridad de estos profesionales promueve el cuidado seguro y de calidad.

3. POTENCIAL DE IMPACTO

Observo un impacto documental, pues, muestra la realidad desde diferentes contextos que apoyarán futuros cambios. Es instructivo. Tiene un valor didáctico e histórico, pues, incorpora ejemplos de experiencias en circunstancias reales. En este caso se trata de espacios y experiencias en poblaciones que viven y sufren la realidad de la pandemia y como enfermería hace frente a esta situación. Motiva a la reflexión del lector y se traduce de gran utilidad académica como texto a ser utilizado en el ejercicio docente de pregrado como postgrado y de soporte para generar cambios en la práctica.

Puede motivar temas para futuras tesis.



SOBRE AS(OS) AUTORAS(ES)

Abel Santiago Muri Gama

Enfermeiro. Doutor em Ciências pela Universidade de São Paulo - USP. Professor Adjunto do Instituto de Saúde e Biotecnologia - ISB/UFAM. Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação Enfermagem no Contexto Amazônico - Mestrado Profissional/UFAM e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem UEPA/UFAM. Coordenador do Curso de Enfermagem do ISB/Coari. Coordenador Local do DINTER EEUSP/UFAM. Produção científica com ênfase na saúde das populações amazônicas.

Adriana Torres dos Santos

Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFMA. Integrante do Grupo de Estudo e Pesquisa na Saúde da Família, da Criança e do Adolescente (GEPSEFA/UFMA) e Enfermeira da UTI Pediátrica do Hospital Infantil “Juvêncio Matos”.

Aline Dalcin Segabinazi

Enfermeira. Mestre em Saúde Materno-Infantil, egressa do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Materno-Infantil da Universidade Franciscana (UFN). Foi bolsista do Edital N° 27/2016, Acordo CAPES/COFEN n° 30/2016. Atua na Estratégia Saúde da Família na Unidade São José - Santa Maria, RS/Brasil.

Aline Blaya Martins

Odontóloga. Doutora em Saúde Bucal Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, RS/Brasil.

Aline Medianeira Gomes Correia

Enfermeira. Mestre pelo Mestrado Profissional em Saúde Materno-Infantil da Universidade Franciscana (UFN). Foi bolsista do Edital N° 27/2016, Acordo CAPES/COFEN n° 30/2016. Enfermeira assistencial no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), RS/Brasil.

Amanda Quadros de Souza

Enfermeira. Mestre em Saúde Materno-Infantil egressa do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Materno-Infantil da Universidade Franciscana (UFN). Pós-Graduada em Saúde da Mulher pela Faculdade Unyleya. Docente na Graduação em Enfermagem na Faculdade Dom Alberto – Santa Cruz do Sul, RS/Brasil.

Ana Carolina Feldns Lederhans

Enfermeira. Mestre em Saúde Materno-Infantil egressa do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Materno-Infantil da Universidade Franciscana (UFN). Foi bolsista do Edital N° 27/2016, Acordo CAPES/COFEN n° 30/2016. Enfermeira na Estratégia Saúde da Família na Unidade de Saúde Sofia Saldanha do município de Vila Nova do Sul, RS/Brasil.

Ana Catarina Luís

Discente do Curso de Licenciatura em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.

Ana Paula Dias França Guareshi

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão/UFMA. Líder do Grupo de Estudo e Pesquisa na Saúde da Família, Criança e Adolescente (GEPFCA).

Antonia Lêda Oliveira Silva

Enfermeira. Mestrado em Psicologia Social UFPB. Doutorado em Enfermagem USP. Pós Doutorado em Psicologia Social ISCTE/Portugal e Pós-Doutorado na University of Applied Sciences and Arts of Southern Switzerland (SUPSI) – Health and Social Care Center of Competence on Aging, Lugano, Suíça.

Astrid Viviana Robayo Téllez

Enfermera. Especialista en Epidemiología y Bioética, Magíster en Bioética. Profesora y Jefa del Departamento Académico de Cuidado, de la Facultad de Enfermería y Rehabilitación Universidad de La Sabana, Colombia.

Camila Biazus Dalcin

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande. Doutoranda em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Doutoranda em Filosofia (PhD) na *University of Dundee*, Escócia. Possui bolsa de estudos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES.

Carla Lizandra de Lima Ferreira

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Coordenadora do Curso de Enfermagem da UFN. Membro do grupo de estudos e pesquisa em empreendedorismo social da Enfermagem e Saúde - GEPESES da UFN.

Carlton Washigton Pinheiro

Enfermeiro. Especialista em Saúde Mental Coletiva, na modalidade de Residência Multiprofissional, pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE), com Estágio na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), em Portugal. Possui formação em terapias integrativas e complementares, sendo: Florais de Bach, Reiki nível II e Barras de Access®.

Carmen Gloria Miño Gonzalez

Enfermera, Magister en Enfermería y académica del Departamento de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Católica del Maule, Chile.

Caroline Pacheco Araújo

Enfermeira. Mestre em Saúde Materno-Infantil egressa do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Materno-Infantil da Universidade Franciscana - UFN. Foi bolsista do Edital N° 27/2016, Acordo CAPES/COFEN n° 30/2016. Enfermeira Assistencial no Centro Obstétrico do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), RS/Brasil.

César Augusto Niño Hernández

Fisioterapeuta. Especialista en Ejercicio Físico para la Salud, Magíster en Desarrollo Educativo y Social. Profesor de la Facultad de Enfermería y Rehabilitación de la Universidad de La Sabana, Colombia.

Claudia Maria Gabert Diaz

Enfermeira. Doutora em Ciências. Especialista em Enfermagem Obstétrica. Coordenadora da Especialização em Saúde Materna e Neonatal da Universidade Franciscana (UFN). Docente dos cursos de Graduação em Enfermagem e Mestrado Profissional Saúde Materno Infantil da (UFN). Enfermeira na Unidade Tocoginecológica do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), RS/Brasil.

Cláudia Zamberlan

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e do Programa Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana (UFN). Coordenadora dos Programas de Residência Multiprofissional da Universidade Franciscana – Coremu/UFN.

Cristina Saling Kruel

Psicóloga. Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de Santa Maria. Professora Adjunta nos cursos de Graduação em Psicologia e Enfermagem e no Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana (UFN). Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Perinatalidade, Parentalidade e Primeira Infância (NEPPRI).

Daniel Canavese

Odontólogo. Doutor em Ciências da Saúde na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FM/USP). Professor no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS/Brasil.

Daniel Soares Tavares

Enfermeiro. Mestre em Saúde Materno-Infantil egresso do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Materno-Infantil da Universidade Franciscana (UFN). Foi bolsista do Edital N° 27/2016, Acordo CAPES/COFEN n° 30/2016. Servidor público na Prefeitura Municipal de Sinimbu, RS/Brasil.

Dirce Stein Backes

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e Doutorado Sanduíche na Universität Bielefeld/Alemanha; Estágio Pós-Doutoral na University of Applied Sciences/HO – Alemanha. Docente do Curso de Enfermagem e Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil (UFN). Bolsista Produtividade do CNPq.

Esron Soares Carvalho Rocha

Enfermeiro. Doutor em Ciência pela USP. Professor Ajunto III da Escola de Enfermagem de Manaus da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), docente permanente do Programa de Pós-Graduação Enfermagem no Contexto Amazônico - Mestrado Profissional (UFAM). Experiência na Atenção Primária e Saúde Indígena. Produção científica com ênfase na temática da Saúde Indígena, Saúde da Família e Avaliação de Políticas e programas de Saúde na Atenção Primária e Indígena.

Eugenia Velludo Veiga

Enfermeira e Professora Titular na Universidade de São Paulo. Doutora em 1995. Mestre em 1986. Especialista do Conselho Estadual de Educação. Atua no ensino de graduação e pós-graduação. Membro consultor da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, Diretora Executiva do Departamento de Enfermagem da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo - SOCESP em dois biênios (2006/2008), (2018/2019) e (2020/2021). Desenvolve parcerias em pesquisa com docentes da Escola Superior de Enfermagem em Coimbra- Pt e da Université du Québec au Trois Rivières, Quebec, Canada.

Fabiele Rodrigues Maurer

Enfermeira. Mestre em Saúde Materno-Infantil egressa do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Materno-Infantil da Universidade Franciscana (UFN). Foi bolsista do Edital N° 27/2016, Acordo CAPES/COFEN n° 30/2016. Enfermeira Obstetra do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), RS/Brasil.

Fernanda Broering Gomes Torres

Enfermeira. Mestre em Tecnologia em Saúde. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Tecnologia em Saúde, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). Docente da UniDombosco – Paraná, Brasil. Bolsista – isenção PUCPR.

Firmina Hermelinda Saldanha Albuquerque

Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Professora da Escola de Enfermagem de Manaus (EEM/UFAM). Especialista em Planejamento e Gestão em Saúde Pública pela Faculdade Táhiri. Especialista em Urgência e Emergência pela Faculdade Literatus. Especialista em Saúde Indígena pela Universidade Federal de São Paulo. Especialista em Preceptoría no SUS pelo Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa.

Flérida Rivera-Rojas

Enfermera. Magíster en Enfermería mención Gestión del cuidado. Académica de la Universidad Católica del Maule. Línea de investigación: Seguridad y salud del trabajo, gestión del cuidado, miembro de la Red Internacional de Enfermería Basada en la Evidencia.

Francisca Georgina Macedo de Sousa

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão/UFMA. Líder do Grupo de Estudo e Pesquisa na Saúde da Família, Criança e Adolescente (GEPFCA).

Flávia Simphronio Balbino

Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Tutora da Residência de Enfermagem Neonatológica do Departamento de Enfermagem Pediátrica da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP, SP/Brasil.

Gabrielle Pontes Santos

Discente do Curso de Graduação em Enfermagem da UFMA. Membro do GEPFCA.

Gigellis Duque Vilaça

Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação Enfermagem no Contexto Amazônico - Mestrado Profissional, da Universidade Federal do Amazonas. Gestora da Secretaria de Saúde do Município de Autazes, Amazonas. Tem experiência em Gestão em Saúde, Atenção Primária e Saúde. Planejamento, monitoramento e avaliação em saúde.

Giuliane Ferreira Lopes dos Santos

Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Técnica da Coordenação de Atenção à Mulher, Criança e Adolescente da Secretaria Municipal de Saúde - SEMUS de São Luís/MA, Brasil. Membro do GEPSFCA.

Hadelândia Milon de Oliveira

Enfermeira. Doutora em Ciências pela USP. Professora Adjunta IV da Escola de Enfermagem de Manaus da Universidade Federal do Amazonas-UFAM, docente permanente do Programa de Pós-Graduação Enfermagem no Contexto Amazônico - Mestrado Profissional/UFAM. Produção científica com ênfase nas linhas de Qualidade em Saúde/Segurança do paciente/Enfermagem na Saúde do Adulto. SP/Brasil.

Henriqueta Ilda Verganista Martins Fernandes

Enfermeira. Posdoctor em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Doutora em Educação pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa. Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. Docente da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). Atua nas áreas de Ciências de Enfermagem e Ciências de Educação.

Jane Cristina Anders

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem e Professora e Coordenadora do Programa de Pós-Graduação Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem (PPGPENF) da UFSC. Líder do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação na Saúde da Criança e do Adolescente (GEPESCA).

Janifer Souza Mendes

Enfermeira. Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da UFSC. Professora Assistente na Faculdade IELUSC, Joinville, SC/Brasil.

Jimmy Leonardo Mendieta Montealegre.

Enfermeiro. Especialista en Epidemiología, Magíster en Salud Pública. Profesor de la Facultad de Enfermería y Rehabilitación de la Universidad de La Sabana, Colombia.

Josiane Lieberknecht Wathier Abaid

Psicóloga. Doutorado em Psicologia pelo PPG em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Atualmente é docente do Curso de Psicologia, da Especialização em Psicopedagogia e do Mestrado em Saúde Materno Infantil na Universidade Franciscana. Membro do Observatório de Bioética do Rio Grande do Sul.

Julia Trevizan Martins

Enfermeira. Mestre e Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP EERP-USP. Professora Associada da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Coordenadora do Grupo de Estudos da Saúde do Trabalhador da UEL (NUESTUEL). Consultora “ad hoc” da CAPES, parecerista/membro de conselhos editoriais de periódicos nacionais. Professora do mestrado e doutorado em enfermagem da UEL, linha de pesquisa Saúde do Trabalhador.

Karla Maria Carneiro Rolim

Enfermeira. Posdoctor em l'Humanisation des Soins en Néonatalogie pela Universidade de Rouen, França. Mestra e Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Especialista em Perinatologia e Saúde Reprodutiva pela UFC. Coordenadora do Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem (MPTIE) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) e da Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Líder do Núcleo de Pesquisa Tecnologias no Cuidado Materno Infantil (NUPESTECMI/UNIFOR/CNPq).

Keity Laís Siepmann Soccol

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria. Especialista em Saúde Pública. Integrante do Grupo Interdisciplinar de Pesquisa em Saúde (GIPES). Docente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Franciscana (UFN), RS/Brasil.

Leris Salete Bonfanti Haeffner

Médica. Doutora em Medicina pela Universidade de São Paulo. Atua como Coordenadora do Curso de Medicina da UFN e integra o quadro Docente Permanente do Mestrado Profissional em Saúde Materno-Infantil da UFN. Integra o Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul.

Lidia Garrido-Tapia

Enfermera Clínica en la Unidad de Medicina Hospital Base de Linares. Diplomada en Habilidades directivas mención gestión salud Universidad de Chile. Estudiante de Magíster en Enfermería mención Gestión del cuidado en la Universidad Católica del Maule, línea de investigación: Seguridad y salud en el trabajo.

Lígia Maria Terra Fontella

Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Mestrado Profissional em Saúde Materno-Infantil da Universidade Franciscana (UFN). Enfermeira Obstetra no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), RS/Brasil.

Letícia Fumagalli da Silva

Enfermeira. Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem (PPGPENF) da UFSC. Enfermeira na Secretaria Municipal de Saúde de Videira, SC/Brasil.

Luciana Denize Molino da Rocha

Enfermeira. Mestre em Saúde Materno-Infantil egressa do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Materno-Infantil da Universidade Franciscana - UFN. Foi bolsista do Edital N° 27/2016, Acordo CAPES/COFEN n° 30/2016. Servidora Pública na Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria – RS/Brasil.

Lucimar de Souza Sampaio

Enfermeira. Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem (PPGPENF) da UFSC.

Lurdes Lomba

Enfermeira. PhD, Mc, RN. Professora-Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Investigadora Principal na Unidade de Investigação de Ciências de Saúde – domínio de Enfermagem. Editor Associado da revista da Joanna Briggs Institute. Presidente do Capítulo Phi Xi da Sigma – Sociedade Honorífica de Enfermagem.

Manuel Jorge Mahoche

Enfermeiro. Professor da Faculdade de Ciências de Saúde (FCS), Universidade Lúrio (UniLúrio), Nampula, Moçambique; Mestrando em Saúde Coletiva Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS/Brasil.

Mara Regina Caino Teixeira Marchiori

Enfermeira. Doutora em Ciências pela Universidade Federal do Estado de São Paulo (UNIFESP). Especialista em Saúde Coletiva. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Empreendedorismo Social da Enfermagem e Saúde (GEPESSES). Docente do curso de Graduação em Enfermagem e Mestrado Profissional Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana (UFN), RS/Brasil.

Márcia Liane Klauck Santos

Enfermeira da Atenção Primária à Saúde na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC desde 2015. Graduada pela UFSC. Possui Especialização em Saúde Coletiva.

Maria Adelaide Silva Paredes Moreira

Fisioterapeuta. Mestrado pela Universidade Federal de Santa Catarina e Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Doutorado sanduíche no ISCTE-IUL-Lisboa, Portugal. Pesquisadora do Grupo Internacional de Estudos e Pesquisas sobre Envelhecimento e Representações Sociais. Pesquisadora fundadora da Rede Internacional de Pesquisa sobre Representações Sociais e Saúde - Universidade de Évora/Portugal; Vice-líder do Grupo Internacional de Estudos e Pesquisas sobre Envelhecimento e Representações Sociais. Pesquisadora do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Políticas Públicas de Saúde e Doenças Neurológicas Irreversíveis para Pessoa Idosa/UFPB.

Maria Helena Palucci Marziale

Enfermeira do Trabalho, mestre em Ciências, Doutora em Ciências-Enfermagem. Livre-Docente e Professora Titular pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Atual Diretora da EERP-USP, Docente do Programa de Pós-graduação Enfermagem Fundamental, presidente do Conselho Diretor da Revista Latino-americana de Enfermagem (RLAE), coordenadora da Coleção REVENF / BVS-Enfermagem/SciELO e Coordenadora da Red Internacional de Enfermería en Salud Ocupacional.

Maria Lucia do Carmo Cruz Robazzi

Enfermeira do Trabalho. Professor Senior da EERP-USP; Professora Visitante da Universidade Federal da Paraíba, Programa Mestrado Profissional em Gerontologia; membro da Red Internacional de Enfermería en Salud Ocupacional desde 2014; Editora Associada da Revista Latino-americana de Enfermagem.

Marcia Pestana-Santos

Enfermeira. Especialista Pediátrica no Departamento Pediátrico de Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Mestre em Ciências de Enfermagem, Doutoranda em Ciências Enfermagem ICBAS. Secretária Mesa da Assembleia Geral Capítulo Phi Xi Sigma - Sociedade Honorífica de Enfermagem.

Marcia Regina Cubas

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-graduação em Tecnologia em Saúde e da Graduação em Enfermagem, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). Membro fundador da Rede de Pesquisa em Processo de Enfermagem (RePPE). Pesquisadora Produtividade em Pesquisa PQ-2 CNPq. Paraná/Brasil.

Márcia Silva Coelho

Discente do Curso de Licenciatura em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.

Márcia Pestana-Santos

Enfermeira. Especialista Pediátrica no Departamento Pediátrico de Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Mestre em Ciências de Enfermagem, Doutoranda em Ciências Enfermagem ICBAS. Membro Capítulo Phi Xi Sigma - Sociedade Honorífica de Enfermagem.

Maria Luiza Dutra Teixeira

Discente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Franciscana – UFN, RS/Brasil.

Margarita Poblete Troncoso

Enfermera. Doctora en Enfermería, Magíster en Educación y Académica del Departamento de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica del Maule, Chile.

Marli Terezinha Stein Backes

Enfermeira Obstétrica. Doutorado em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e Doutorado Sanduíche na Universität Bielefeld/Alemanha. Professora Adjunto no Departamento de Enfermagem da UFSC e Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) e do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem da UFSC, Florianópolis, SC/Brasil.

Martha Helena Teixeira de Souza

Enfermeira. Mestre em Geomática pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Docente dos Cursos de Enfermagem, Medicina e Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana (UFN). Santa Maria, RS/Brasil.

Maurício Polidoro

Geógrafo. Pósdoctor em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Doutor em Geografia e pós-doutorado em Saúde Coletiva (UFRGS). Professor do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS/Brasil.

Mirna Albuquerque Frota

Enfermeira. Pósdoctor em Pédopsychiatrie pela Universidade de Rouen, França. Pós-doutorado em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Mestrado e Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Especialista em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC). Professora Titular do Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem (MPTIE) e da Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR)/Brasil.

Nadiesca Taisa Filippin

Fisioterapeuta. Doutorado em Fisioterapia pela Universidade Federal de São Carlos – UFSCar. Coordenadora do Curso de Fisioterapia da Universidade Franciscana - UFN. Docente do curso de Fisioterapia e do Mestrado Profissional em Saúde Materno-Infantil da Universidade Franciscana - UFN. Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa em Fisioterapia Neurofuncional (GEPemNEURO). Delegada Regional/RS e Membro do Conselho Fiscal da Associação Brasileira de Fisioterapia Neurofuncional - ABRAFIN.

Paula Andreia Echer Dorosz

Enfermeira da Atenção Primária à Saúde no município de Biguaçu/SC e Enfermeira assistencial na Maternidade Carmela Dutra de Florianópolis/SC. Possui Especialização em Saúde da Família, Urgência e Emergência, Auditoria em Saúde, Gestão em Saúde e Ginecologia e Obstetrícia.

Paula Ceballos-Vásquez

Enfermeira. Doctora en Enfermería. Académica-Investigadora de la Universidad Católica del Maule, línea de investigación: Seguridad y salud en el trabajo. Es Directora del Magíster en Enfermería y miembro del Centro de Investigación del Cuidado de la Universidad Católica del Maule.

Regina Gema Santini Costenaro

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Mestre em educação pela UFSM. Professora adjunta nos Cursos de graduação em Enfermagem e psicologia, e dos Programas de Pós Graduação Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil e no Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica da Universidade Franciscana (UFN), RS/Brasil.

Rita Branco Raimundo

Discente do Curso de Licenciatura em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.

Rizioléia Marina Pinheiro Pina

Enfermeira. Doutora em Enfermagem na Saúde do Adulto (USP). Docente da Universidade Federal do Amazonas, Escola de Enfermagem, Manaus, Amazonas, Brasil.

Romy Ortega-Muñoz

Enfermera Clínica en la Unidad de Emergencia del Hospital Regional Talca. Diplomada en Gestión y coordinación en servicios de Enfermería en la Pontificia Universidad Católica de Chile. Magíster en Enfermería mención Gestión del cuidado en la Universidad Católica del Maule, línea de investigación Seguridad y salud en el trabajo.

Sandra Maria Cezar Leal

Enfermeira. Doutora em Enfermagem (UFRGS). Docente do Curso de Enfermagem e Coordenadora do Mestrado Profissional em Enfermagem da UNISINOS. Porto Alegre, RS/Brasil.

Sheila Dorneles

Enfermeira. Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil pela Universidade Franciscana (UFN). Trabalhou como Enfermeira Fiscal do Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul e coordenou as Subseções de Santa Maria e Uruguaiana, RS/ Brasil.

Sofia Macedo

MSc Evidence Based Healthcare, RN, Patient Safety Capacity Building Manager no Saudi Patient Safety Center, Certified Professional on Patient Safety, Conselheira do Capítulo Phi Xi da Sigma – Sociedade Honorífica de Enfermagem.

Vânia Carla Camargo

Enfermeira. Mestre em Tecnologia em Saúde e Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Tecnologia em Saúde, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Docente do Instituto Federal do Paraná. Bolsista – taxa PROSUC CAPES.

Verónica Guerra Guerrero

Enfermera. Doctora en Enfermería y Académica del Departamento de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Católica del Maule, Chile.

Viviane Queiroz Flain

Enfermeira. Mestre em Saúde Materno-Infantil egressa do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Materno-Infantil da Universidade Franciscana - UFN. Foi bolsista do Edital N° 27/2016, Acordo CAPES/COFEN n° 30/2016. Enfermeira Obstetra do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), RS/Brasil.

Yanni González-Palacios

Enfermera. Magíster en Enfermería mención Gestión del Cuidado. Diplomada en Salud familiar y Comunitaria en la Universidad de Los Andes. Académica en la Escuela de Enfermería Sede Curicó, Departamento de Enfermería de la Universidad Católica del Maule, línea de investigación: Seguridad y salud en el trabajo.



Tipografia

Minion Pro | Montserrat

