

SUMARIO

EDITORIAL

1 EL CORAJE MORAL EN EL CUIDADO DE LA SALUD

CARTAS A EDITORA

12 DISCURSO CEREMONIA DIA DE LA ENFERMERÍA DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA UNIVERSIDAD DE CHILE

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

19 INEQUIDADES Y COVID-19 EN 15 COMUNAS DE LA REGIÓN METROPOLITANA: UNA MIRADA DESCRIPTIVA DE ENFERMERÍA

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

41 ELEMENTOS CULTURALES EN EL CUIDADO DE LA PERSONA MAYOR INDÍGENA: REVISIÓN SISTEMÁTICA

72 EXPERIÊNCIAS CORPORAIS NAS RELAÇÕES DE CUIDADO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO INTEGRATIVA

109 ESTRATEGIAS DE CONSOLIDACIÓN DE VÍNCULOS EN CONTEXTO DE INTERVENCIONES EN SALUD INTERCULTURAL EN AMÉRICA LATINA. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

133 PRÁTICA DA EPISIOTOMIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA



Departamento de Enfermería

FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

EL CORAJE MORAL EN EL CUIDADO DE LA SALUD

MORAL COURAGE IN HEALTH CARE

CORAGEM MORAL NOS CUIDADOS DE SAÚDE

M. Angélica Saldías-Fernández¹

¹Académica Departamento de Enfermería Universidad de Chile. <https://orcid.org/0000-0002-2278-9124>. Correspondencia a: masaldias@uchile.cl

Fecha de recepción: 30/05/22

Fecha de aceptación: 10/06/22

RESUMEN

El cuidado de la salud es prioridad en actuales momentos de incertidumbre sociosanitaria. En ello, los profesionales de enfermería son los trabajadores de salud de primera línea y miembros esenciales del equipo en el afán de cuidar la salud y salvar la vida de las personas. Aunque enfermería es consciente de los desafíos asociados a la crisis pandémica COVID-19 y otras problemáticas sanitarias; continúan demostrando y brindando cuidados de alta calidad no obstante los episodios de deliberación ético- moral que vive con frecuencia, que inducen crisis físicas y mentales que la llevan a vivir procesos de angustia moral que deben explorarse y llamar la atención meticulosa de los administradores de sistemas de salud. Desde estas perspectivas es cuando el coraje moral debe ser una competencia que reconocer y relevar en los procesos de cuidado que realiza. En este sentido, el siguiente relato pretende motivar a la reflexión en torno a las encrucijadas ético-morales que subyacen a la práctica del cuidado de enfermería y la necesidad de potenciar el coraje moral como estrategia de fortalecimiento de la práctica del cuidado.

Palabras Claves: Coraje; Moral, Enfermería; Coronavirus.

ABSTRACT

Health care is a priority in current times of socio-health uncertainty. In this, nursing professionals are front-line health workers and essential team members to care for the health and save people's lives. Although nursing is aware of the challenges associated with the COVID-19 pandemic crisis and other health problems; she continues to demonstrate and provide high-quality care despite the episodes of ethical-moral deliberation that she frequently experiences, which induce physical and mental crises that lead her to experience processes of moral anguish that must be explored and call the meticulous attention of system administrators of health. It is from these perspectives that

moral courage should be a skill to be recognized and revealed in the care processes carried out. In this sense, the following story aims to reflect on the ethical-moral crossroads that underlie nursing care practice and the need to enhance moral courage as a strategy to strengthen the rule of care.

Keywords: Courage; Moral; Nursing; Coronavirus.

RESUMO

Os cuidados de saúde são uma prioridade nos tempos atuais de incerteza sócio sanitária. Nisso, os profissionais de enfermagem são trabalhadores de saúde da linha de frente e membros essenciais da equipe no esforço de cuidar da saúde e salvar a vida das pessoas. Embora a enfermagem esteja ciente dos desafios associados à crise da pandemia de COVID-19 e outros problemas de saúde; demonstrando e prestando atendimento de qualidade apesar dos episódios de deliberação ético-moral que ela vivência com frequência, que induzem a crises físicas e mentais que a levam a vivenciar processos de angústia moral que devem ser explorados e chamar a atenção meticulosa dos administradores do sistema de saúde. É a partir dessas perspectivas que a coragem moral deve ser uma habilidade a ser reconhecida e revelada nos processos de cuidado realizados. Nesse sentido, o relato a seguir visa motivar a reflexão sobre a encruzilhada ético-moral que permeia a prática do cuidado de enfermagem e a necessidade de potencializar a coragem moral como estratégia para fortalecer a prática do cuidado.

Palavras Chaves: Coragem; Moral; Enfermagem; Coronavirus.

EDITORIAL

La pandemia de COVID-19 ha revelado el protagonismo de aquellas personas que entraron en la categoría de "trabajadoras esenciales", especialmente en el ámbito sanitario¹⁻². En ello, el profesional de enfermería de todo el mundo se ha mantenido trabajando arduamente y en primera línea, para continuar con el cuidado de otros, mientras intenta instruirse a sí mismas y al público sobre las medidas de protección y prevención de la enfermedad³⁻⁵.

El cuidado que enfermería realiza posee una carga ética importante. Constituye su razón de ser y está íntimamente ligado a principios éticos que, en su ausencia, desvaloriza la esencia de tan humana profesión. Con el paso del tiempo la ciudadanía ha dado cuenta de que no hay escenarios en donde el cuidado que enfermería realiza esté aislado de principios éticos básicos como beneficencia, autonomía, justicia y responsabilidad⁶⁻⁷; realizando la existencia de una estrecha relación entre humanismo, ética, bioética y espiritualidad⁸.

En el cuidado que realiza enfermería, los signos de sobrecarga laboral que manifiesta se intensifican cuando se ponen en evidencia los insuficientes recursos y suministros; largas jornadas de trabajo, el racionamiento del cuidado; priorización de personas a cuidar⁹; un número abrumador de pacientes afectados por alteraciones a la salud, la escasez de personal y un sistema de salud poco preparado para enfrentar, por ejemplo, la crisis sanitaria actual^{3,10}. En este escenario de incertidumbre, enfermería y otros trabajadores sanitarios sufren estrés físico y emocional, además de angustia moral por valores profesionales en conflicto al momento de enfrentarse en la práctica a cuestiones éticas complejas^{4,12-13}.

En el curso del proceso de cuidar, la angustia moral subyace en las interacciones entre colegas y la relación profesional-usuario que requieren posturas y deliberaciones que

involucran cuestiones éticas y derivan en sentimientos de incertidumbre, incomodidad e inquietud¹¹. Desde esta perspectiva, los profesionales de enfermería pueden experimentar distrés o angustia moral, que ocurre cuando no pueden llevar a cabo su acción de acuerdo con sus juicios y valores personales y profesionales tenidos, percibiendo su participación moral como inadecuada, es decir, sienten incapacidad de actuar de acuerdo con su conciencia, ya sea debido a restricciones internas o externas. En este sentido, el distrés moral se presenta frente a una obstrucción en el proceso de deliberación moral que se sustenta en la experiencia y la conciencia individual de una conducta éticamente apropiada, produciendo sentimientos de impotencia e inconveniencia en el profesional¹². El proceso de análisis de problemas éticos y deliberación sucede al considerar las consecuencias previsibles y la búsqueda de soluciones concretas entre alternativas prudentes; es un proceso de aprendizaje continuo y experiencial y puede constituir una herramienta para el posicionamiento ético de los enfermeros frente a los problemas y conflictos morales percibidos. No obstante, las vivencias de diferentes situaciones que generan distrés moral, hay elementos que impactan en los procesos de deliberación y se relacionan con la experiencia y práctica profesional, la confianza, la intuición, el uso de protocolos, la colaboración con colegas experimentados, la cultura organizacional de la institución, la educación, la conciencia de la situación, el ejercicio de autonomía¹³ y la sensibilidad moral¹⁵.

La sensibilidad moral, posee un carácter multidimensional, y permite a los profesionales de enfermería reconocer y enfrentar problemas éticos en la práctica clínica y, por lo tanto, realizar un proceso de toma de decisiones justo y prudente, que tendrá un impacto en la calificación de la atención de enfermería por parte de las personas¹⁵. En este sentido, es apropiado concluir que el razonamiento ético- moral del profesional de enfermería se desarrolla tanto en su formación académica, como en su ejercicio profesional. Es una

competencia relacionada con aspectos cognitivos, emocionales y de la experiencia; siendo fundamental para construir respuestas equilibradas y asertivas moralmente¹⁵⁻¹⁶.

Desde estas perspectivas, tanto la sensibilidad moral como el razonamiento ético- moral que permiten la deliberación del profesional de enfermería, necesariamente requieren de un componente soberbio, que permita reconocerlos y llevarlos a la acción en momentos de angustia moral. Esta es la figura del coraje moral, resistencia y resiliencia para trabajar en situaciones de tensión que enfermería necesita reconocer³.

El coraje moral constituye una competencia ética imprescindible de los profesionales de salud en general y de enfermería en particular¹⁷. Parece desempeñar un papel importante en la capacidad de las enfermeras para participar del cuidado y representa tener fe en uno mismo para defender y proporcionar cuidados profesionales de calidad a otros¹⁸. Simboliza un impulso a ponerse de pie y hacer lo correcto, incluso si esto significa estar sin compañía de otros. La valentía moral se considera una virtud crucial para enfermería y cierra la brecha entre conocer los valores personales y las obligaciones profesionales y actuar en consecuencia a pesar de riesgos como el ostracismo social, la vergüenza o la pérdida del empleo¹⁹.

Para algunos, es un fenómeno unificador significativo en la formación ética y el cuidado. Se basa en las creencias éticas personales generando una fuerza y energía que realza el sentido de compromiso y esperanza de las enfermeras y enfermeros en su trabajo; sin embargo, puede verse limitado por vulnerabilidad, sufrimiento y los puntos dolorosos de las diversas vivencias profesionales. Mirado así, es lógico pensar que el coraje moral como competencia ética, puede ser aprendida y desarrollada pues permite sustentar cuidados de calidad¹⁸, pues la toma de decisiones éticas y el coraje debe enseñarse, aprenderse y practicarse¹². Desde este punto de vista, la literatura sostiene la importancia de la formación continua en ámbitos de la ética desde una perspectiva existencial

personal, donde se priorice el lograr que tenga sentido comprenderse como una persona completa con atributos y sensibilidades propias, antes de relacionarse con otras personas; además, cuanto mayor es la prevalencia de distrés moral en la experiencia del profesional enfermero, mayor es la importancia que él le da a los elementos que pueden ayudarlos a enfrentar las situaciones generadoras¹¹.

Pero este camino no es sencillo, y requiere de apoyo de instituciones educativas y sanitarias preocupadas por reforzar estos aspectos del quehacer clínico. Se sostiene entonces que es esencial para el desarrollo de la profesión, promover espacios para la reflexión ética/bioética sobre el trabajo de atención y salud, especialmente para el autocuidado y el cuidado de los demás¹²; pues un enfoque PROACTIVO en el reconocimiento temprano de posibles problemas éticos en el entorno de la atención, ayudará a informar el desarrollo de herramientas para facilitar la conciencia ética y la sensibilidad en todos los ámbitos de la práctica, además de garantizar la seguridad del paciente y una atención de alta calidad^{12,20}.

La conciencia ética de la enfermera y el coraje, implican la voluntad y la capacidad de reconocer la naturaleza ética de la práctica de la enfermería. Este reconocimiento es un antecedente necesario para la sensibilidad ética²¹, la agencia y la acción morales subsiguientes. Es evidente que aún se puede trabajar para aclarar las ambigüedades que aún rodean la sensibilidad ética en los contextos de la práctica, sin embargo, el reconocimiento de estas situaciones servirá como impulso para el cambio en los sistemas sanitarios²²⁻²³.

En este contexto, se sostiene la preocupación por el bienestar biopsicosocial de los profesionales de enfermería, de las demás profesiones de salud y del clima ético positivo en el trabajo²⁴ frente al impacto no sólo de la pandemia actual sino enfrentadas a diferentes situaciones profesionales. Si bien, los desafíos¹² biopsicosociales actuales estimulan a

enfermería a enfrentarlos y adaptarse a las nuevas directrices y condiciones, es necesario perseverar en el autocuidado al mismo tiempo en que prestamos el cuidado necesario a la población con dedicación, respeto y coraje³.

En conclusión, en vista de las complejidades de la atención de salud actual, los profesionales de enfermería a menudo pueden enfrentar situaciones difíciles relacionadas con aspectos estructurales, organizacionales y relacionales que involucran cuestiones éticas y requieren posturas y deliberaciones que despiertan sentimientos de incertidumbre, crisis y sufrimiento moral. En ello, el desarrollo del razonamiento moral en los profesionales de enfermería como resultado del aprendizaje formal y experiencial, un clima ético positivo asociado al reconocimiento del coraje moral para hacer frente las diferentes encrucijadas ético-morales, mediante espacios de diálogo para identificar y discutir las dimensiones relacionadas con el proceso de deliberación moral, suponen estrategias que pueden contribuir a la práctica diaria del cuidado de enfermería y fortalecer los sistemas de salud. Aspectos asociados con el coraje en enfermería proporcionarían un tema relevante para futuras investigaciones.

Conflictos de Interés: No se declaran conflictos de interés.

Financiamiento: No hay fuentes de financiamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la salud. Ficha informativa sobre el COVID-19 [Internet] 2020. [Citado 14 de junio de 2022]. Disponible en: https://www.paho.org.translate.google.pt/covid19?_x_tr_sl=pt&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=sc
<https://www.paho.org>
2. De Ceukelaire W, Bodini C. We Need Strong Public Health Care to Contain the Global Corona Pandemic. Int. J. Healthc. [Internet] 2020 [Citado 14 de junio de 2022];50(3):276-277. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0020731420916725>

3. Turale, Sue; Meechamnan, Chutima; Kunaviktikul, Wipada. Tiempos difíciles: ética, enfermería y la pandemia de COVID-19. *International nursing review en español: revista oficial del Consejo Internacional de Enfermeras* [Internet]. 2020 [Citado 14 de junio de 2022];67(2):164-167. Disponible en: <https://www.ieinstituto.es/publicaciones/revistas/revista-international-nursing-review>
4. Loyola da Silva TC, de Medeiros Pinheiro Fernandes AK, Brito do O'Silva C, de Mesquita XSS, Bezerra de Macedo EA. El impacto de la pandemia en el rol de la enfermería: una revisión narrativa de la literatura. *Enferm. glob.* [Internet]. 2021 [Citado 14 de junio de 2022];20(63):502-543. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.454061>
5. Ramaiah P, Tayyib NA, Alsolami FJ, Lindsay GM, Asfour HI. Health Professionals Dynamic Role Amid COVID-19: Nursing Perspectives. *JPRI* [Internet]. 2020 [Citado 14 de junio de 2022];32(22):93-100. Disponible en: <https://journaljpri.com/index.php/JPRI/article/view/30776>
6. Rodríguez-Abrahantes T, Rodríguez-Abrahantes A. Dimensión ética del cuidado de enfermería. *Rev. cuba. enferm.* [Internet]. 2018 [Citado 14 de junio de 2022];34(3) Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2430>
7. Escobar-Castellanos Blanca, Cid-Henriquez Patricia. El cuidado de enfermería y la ética derivados del avance tecnológico en salud. *Acta bioeth.* [Internet]. Jun 2018 [Citado 14 de junio de 2022];24(1):39-46. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2018000100039>
8. Alba B. Factors that impact on emergency nurses' ethical decision-making ability. *Nursing Ethics* [Internet]. 2018 [Citado 14 de junio de 2022];25(7):855-866. Disponible de: <http://dx.doi.org/10.1177/0969733016674769>
9. Suhonen R, Stolt M, Habermann M, et al. Ethical elements in priority setting in nursing care: A scoping review. *Int J Nurs Stud* [Internet]. Dic 2018 [Citado 14 de junio de 2022];88:25-42. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.08.006>
10. Rooddehghan Z, Yekta ZP, Nasrabadi AN. Ethics of rationing of nursing care. *Nurs Ethics* [Internet]. 2018 [Citado 14 de junio de 2022];25(5):591-600. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0969733016664973>
11. Ramos, Flavia Regina Souza et al. Association between moral distress and supporting elements of moral deliberation in nurses. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*

- [Internet]. 2020 [Citado 14 de junio de 2022];28. Disponible en: <
<https://doi.org/10.1590/1518-8345.3990.3332>
12. Colbert A. Putting ethics into action. *Nursing2021* [Internet]. 2017 [Citado 14 de junio de 2022];47(8):13-14. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000521041.73572.d3>
 13. Nibbelink CW, Brewer BB. Decision-making in nursing practice: An integrative literature review. *J Clin Nurs*[Internet]. 2018 [Citado 14 de junio de 2022];27(5-6):917-928. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jocn.14151>
 14. Yasin JCM, Barlem ELD, Barlem JGT, Silveira RSD, Dalmolin GDL, Andrade GBD. The ethical dimension of problems faced in general medicine: relationship with moral sensitivity. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2020 [Citado 14 de junio de 2022];28:e3309. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4033.3309>
 15. Campillay-Campillay Maggie, Rivas-Rivero Edith, Dubó-Araya Pablo, Calle-Carrasco Ana. Aspectos éticos relacionados con la atención de enfermería en personas en situación de discapacidad: un análisis cualitativo. *pers.bioét.* [Internet]. Ene-Jun 2020 [Citado 14 de junio de 2022];24(1):43-56. Disponible en: <https://doi.org/10.5294/pebi.2020.24.1.4>
 16. Brena Ramos, Verónica Marilú, La muerte según los filósofos, en la vida cotidiana y en la formación de enfermeras. *Educere* [Internet]. 2020 [Citado 14 de junio de 2022];24(79):503-512. Disponible en: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/356/35663293002/html/index.html>
 17. Moreno Mulet C. Coraje moral y (micro)-resistencia, «nuevas» competencias de los profesionales de salud para la lucha contra la desigualdad. *Dilemata* [Internet]. [Citado 14 de junio de 2022];26:143-155. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6278539.pdf>
 18. Zarcos Paredes JC. Papel de la enfermera de cuidados intensivos en la limitación del esfuerzo terapéutico y consecuencias psicoemocionales. Repositorio Institucional UIB [Internet]. [Tesis de Grado]. [España]: Universitas Baliarica; 2020 [Citado 14 de junio de 2022]. Disponible en: <https://dspace.uib.es/xmlui/handle/11201/153340?show=full>
 19. Bickhoff L, Sinclair PM, Levett-Jones T. Moral courage in undergraduate nursing students: A literature review. *Collegian* [Internet]. 2017 [Citado 14 de junio de 2022];24(1):71-83. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2015.08.002>

20. Milliken A, Grace P. Nurse ethical awareness: Understanding the nature of everyday practice. *Nurs Ethics* [Internet]. 2017 [Citado 14 de junio de 2022];24(5):517-524. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0969733015615172>
21. Moreira DA, Ferraz CMLC, Costa IPD, Amaral JM, Lima TT, Brito MJM. Professional practice of nurses and influences on moral sensitivity. *Rev Gaucha Enferm* [Internet]. 2020 [Citado 14 de junio de 2022];41:e20190080. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190080>
22. Milliken A, Grace P. Nurse ethical awareness: Understanding the nature of everyday practice. *Nurs Ethics* [Internet]. 2017 [Citado 14 de junio de 2022];24(5):517-524. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0969733015615172>
23. Storaker A, Nåden D, Sæteren B. From painful busyness to emotional immunization: Nurses' experiences of ethical challenges. *Nurs Ethics* [Internet]. 2017 [Citado 14 de junio de 2022];24(5):556-568. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0969733015620938>
24. Constantina C, Papastavrou E, Charalambous A. Cancer nurses' perceptions of ethical climate in Greece and Cyprus. *Nurs Ethics* [Internet]. 2019 [Citado 14 de junio de 2022];26(6):1805-1821. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0969733018769358>

**DISCURSO CEREMONIA DIA DE LA ENFERMERÍA DEPARTAMENTO
DE ENFERMERÍA UNIVERSIDAD DE CHILE**

**SPEECH CEREMONY NURSING DAY DEPARTMENT OF NURSING
UNIVERSITY OF CHILE**

**DISCURSO DIA DE ENFERMAGEM DEPARTAMENTO DA
UNIVERSIDADE DE ENFERMAGEM DO CHILE**

Mirliana Ramírez Pereira¹

¹Profesora Asociada. Departamento de Enfermería. Universidad de Chile.

<https://orcid.org/0000-0003-1439-4162>. Correspondencia a: mirliana@uchile.cl

Fecha de recepción: 12/05/22

Fecha de aceptación: 24/05/22

12

CARTA A LA DIRECTORA

Agradezco a todos y todas el estar en nuestra ceremonia de celebración del Día Internacional de la Enfermería, en que además se cumplen 116 años de la fundación de la Escuela de nuestra Universidad, la primera en Latinoamérica.

La enfermería tiene sus inicios preprofesionales en la amalgama del sincretismo religioso y el cuidado de las personas, desde una mirada holística tradicionalmente asociada a ser mujer.

Más tarde, el cristianismo trajo consigo la ayuda al enfermo como un deber religioso. Se incorporó el consuelo y el cuidado, como un acto de servicio, gratuito, en que se asocia la enfermería con la vocación y el sacrificio, el sometimiento y la subordinación. En este periodo el cuidado se fundamenta en la idea de que cuidar al sufriente es como si se cuidara a Cristo.

La enfermería comienza a profesionalizarse con Florence Nightingale, nacida el 12 de mayo de 1820, en Florencia. Es considerada además la creadora del primer modelo conceptual de enfermería.

En su inquietud por liberar a la enfermería de su rutina, ella escribe -«...no sólo significa la administración de medicinas y cataplasmas...»-, realiza una serie de observaciones que la llevan a reconocer el valor peculiar del cuidado -«...debe significar el uso adecuado de aire fresco..., y todo ello con el menor gasto de energía vital para el paciente»-, tratando de demostrar todo con datos estadísticos, lo que la lleva a definir la enfermería como: «Poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe». Después de siglos trabajando sin remuneraciones, Florence Nightingale consideró que «la enfermería es una vocación que requiere sujetos aptos e inteligentes a los cuales hay que remunerar por la calidad de su servicio”

Debieron pasar casi 100 años para que fuera publicado el primer modelo de Enfermería denominado “Relación interpersonal en enfermería, publicado en 1952, cuya autora es Hildegart Peplau. Ese mismo año se crea la revista Nursing Research y se comienza a hablar de “el proceso de enfermería”.

Enfermería en la Universidad de Chile tiene una historia más reciente, pero que se encuentra ligada fuertemente a la salud pública chilena. Las primeras mujeres preparadas como enfermeras fueron formadas en 1902 Hospital San Francisco de Borja. La formación duraba 3 años y su único requisito era poseer auténtica vocación de servicio. En 1906 bajo el nombre de Escuela de Enfermeras del Estado en el Hospital San Vicente de Paul, se funda la Escuela de Enfermería dependiente de la Facultad de Medicina y Farmacia de la Universidad de Chile, convirtiéndose de esta forma en la primera Escuela de Enfermería no solo de Chile, sino que también de Sudamérica.

El año 1927 se crea la Escuela de Enfermeras Sanitarias, bajo la organización de la Dra. Cora Mayers lo que permitió desarrollar actividades de fomento y protección de la salud. Lamentablemente ella fue asesinada por su pareja, víctima de la violencia de genero.

En el año 1944, por primera vez en la historia de la enfermería chilena, la dirección queda a cargo de Enfermeras, lo que fue una importante motivación en el desarrollo de la profesión. La recordada Sra. Rosalba Flores fue la primera Directora Enfermera de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Chile.

Luego de esta etapa de crecimiento de la enfermería, en la década de los setenta comienza una época de oscurantismo, caracterizada por las violaciones a los derechos humanos, sobrecarga y marcada inestabilidad laboral relacionadas con el Golpe de estado y la dictadura cívico-militar. En ese periodo fueron detenidas y desaparecidas las estudiantes de enfermería Carmen Diaz de la Sede Temuco, Rosa Solís y Sara Donoso de Santiago,

todas ellas recibieron su título póstumo entregado por el rector Ennio Vivaldi en septiembre del 2017.

Con la instauración del gobierno democrático en 1990, Enfermería participa activamente en los procesos de afianzamiento de la democracia. Nuevamente los rectores y directores de Escuela son elegidos democráticamente. Enfermería en la Universidad de Chile lidera la enfermería del país, aunque la situación se complejiza por la continua aparición de escuelas sin control, solo reguladas por la oferta y demanda, vale decir por el mercado, disminuyendo notoriamente la calidad de la formación, situación que persiste hasta ahora. En diciembre del 2014, a través del oficio N°2141 se decreta la creación del Departamento de Enfermería, cuya misión es fortalecer la disciplina y la creación de nuevo conocimiento en la ciencia del cuidado, considerando para esto la asistencia, docencia, gestión del cuidado, investigación, incidencia socio política y el rol emancipatorio.

Estos últimos años han estado marcados por importantes acontecimientos a nivel nacional y mundial. El 18 de octubre del 2019, Chile vivió la revuelta más grande desde el retorno a la democracia. El alza del pasaje del metro provocó un llamado de los estudiantes secundarios a evadir el pago, como una forma de protesta, lo que, sumado a la desigualdad, falta de acceso a salud, educación y pensiones justas, dieron inicio a los movimientos sociales. que culminaron con la redacción de una nueva constitución que se votara próximamente. En la calle, en la revuelta, enfermería y las brigadas de salud tuvieron un rol protagónico, realizando atención directa en los piquetes de primeros de auxilios a las víctimas de la represión.

Enfermería Universidad de Chile estuvo presente en las calles durante este periodo, cuidando y marchando por cambios que beneficiaran a toda la población, participando en

mesas de trabajo en los distintos ministerios, creando evidencia que apoyara las decisiones que permitieran alcanzar el sueño de una sociedad más justa.

Mas tarde, en marzo del 2020, nos vimos enfrentadas a la pandemia por la COVID 19, que aún persiste, con todos los costos humanos, sociales, políticos y económicos que ha conllevado. En este periodo de pandemia el rol de la enfermera ha sido crucial, ya que ha proveído cuidados directos, soporte emocional, educación a pacientes y personal de salud, hemos coordinado acciones de prevención en la comunidad, inoculación, control de infecciones entre otras. Ha pesar de todo el aporte de Enfermería, de que hacemos ‘la ciencia junto a la cama del paciente’, hemos sido excluidas tanto en el anterior gobierno como en este, de las mesas de toma de decisiones respecto a la pandemia.

Según reportes del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), hasta noviembre del 2020, se habían informados 1500 enfermeras fallecidas por COVID. En este periodo se observó un déficit de elementos de protección personal, escasez de insumos, preparación deficiente para la pandemia y problemas de salud mental, entre los que se encuentran síntomas depresivos, estrés post traumático, ideación suicida y crisis de pánico.

Mención aparte merecen nuestros estudiantes y profesores quienes han debido sobrellevar la educación a distancia, el desarrollar parcialmente el sentido de comunidad y de pertenencia, la falta de simbolismos y ritos que son parte de la historia de la Enfermería y por sobre todo problemas personales y familiares, de tipo económicos y de salud, que han mermado sus condiciones de vida.

El Departamento de Enfermería, por el compromiso de sus profesores y profesoras y a pesar de la dificultad en el desarrollo de las actividades académicas y docentes, ha logrado mantener en funcionamiento el pregrado, se han aumentado en forma importante las publicaciones indexadas y el número de diplomas que dictamos como unidad.

Actualmente, la especialidad de enfermería oncológica se encuentra en revisión en la vicerrectoría de asuntos académicos de la Universidad y estamos próximos a enviar el documento actualizado del Magister en Enfermería a la Escuela de Postgrado. Poseemos 3 proyectos con financiamiento externo, nacional e internacional, en que participamos como investigadoras principales o alternas, en las áreas de liderazgo, cuidado humanizado y derechos sexuales y reproductivos, como así también se han desarrollado 7 proyectos de investigación con financiamiento interno. Somos un bastión fuerte en investigación cualitativa y enfermería basada en evidencia, con reconocidas expertas en el tema. Tenemos participación en numerosas sociedades científicas a nivel nacional e internacional tanto de enfermería, como educación en salud y género. En este momento 5 profesores están cursando programa de doctorado en UK, Australia y Brasil y 3 programas de Magister con apoyo de parte del Departamento.

Estos avances disciplinarios, tienen un alto costo, porque significa estudiar, investigar y cuidar. Se requieren políticas públicas centradas en la dignificación del cuidado profesional, incluyendo la academia, por esa razón, como Directora del Departamento de Enfermería, hago un llamado a los candidatos a Decanos de nuestra Facultad, a tomar acciones, que permitan con urgencia resolver el grave problema de la precarización laboral que están viviendo las profesoras y profesores de Enfermería y de las distintas carreras de la Facultad.

Así también, creemos que se requiere una mayor presencia de Enfermeras en los ministerios, como asesoras en el diseño, ejecución y evaluación de las políticas públicas que contribuyan al bienestar las personas. Solicitamos al gobierno de Chile, encabezado por el presidente Boric, que se reconozcan las especialidades de enfermería y las del resto

de las disciplinas de salud, de tal forma de ser coherentes con la mirada integral de la persona, alejada del paradigma medicalizado y biomédico.

También solicitamos la incorporación de las enfermeras a las mesas de negociación de condiciones laborales, considerando que las largas jornadas de trabajo y la falta de recursos inciden directamente en la calidad de atención. También demandamos la urgencia de mejorar la calidad en la formación profesional y con esto, la acreditación obligatoria en Enfermería, con estándares reales y por organismos oficialmente reconocidos a nivel nacional e internacional. Esto va de la mano con la actualización de los planes de estudios, incorporando la temática de política, políticas pública y liderazgo. Para finalizar, quiero agradecer a todas y todos quienes son parte de la Comunidad Enfermería Universidad de Chile, por su compromiso, perseverancia y paciencia, para seguir soñando y mantener la esperanza de una Universidad, un país y mundo mejor y los invito a vivir esta nueva etapa, comprendiéndola como los Años de reparación, en los que se necesita con urgencia el esfuerzo mancomunado de todos los actores sociales, con el fin de reparar el daño causado a la naturaleza, unir a las personas entre sí y con su entorno, y como algo propio de nuestra disciplina, cuidar desde el corazón y la mente.

Muchas gracias;

Conflictos de Interés: No se declaran conflictos de interés.

Financiamiento: No hay fuentes de financiamiento.

INEQUIDADES Y COVID-19 EN 15 COMUNAS DE LA REGIÓN METROPOLITANA: UNA MIRADA DESCRIPTIVA DE ENFERMERÍA

INEQUITIES AND COVID-19 IN 15 MUNICIPALITIES OF THE METROPOLITAN REGION: A NURSING'S DESCRIPTIVE VIEW

DESIGUALDADES E COVID-19 EM 15 MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA: UMA VISÃO DESCRITIVA DA ENFERMAGEM

Felipe De la Fuente¹
Nicol Araya²
Pamela Barrera³
Karina Alarcón⁴
Jose Aguilera⁵
Yerko Serrano⁶

¹ Departamento de Enfermería, Universidad de Chile. <https://orcid.org/0000-0002-0543-9413>. Correspondencia a: fdelafuente@uchile.cl

² Escuela de Enfermería, Universidad de Chile. <https://orcid.org/0000-0001-9680-9020>

³ Escuela de Enfermería, Universidad de Chile. <https://orcid.org/0000-0002-0230-9998>

⁴ Escuela de Enfermería, Universidad de Chile. <https://orcid.org/0000-0002-5601-6728>

⁵ Escuela de Enfermería, Universidad de Chile. <https://orcid.org/0000-0001-5602-2389>

⁶ Escuela de Enfermería, Universidad de Chile. <https://orcid.org/0000-0002-8404-7687>

Fecha de recepción: 03/12/21

Fecha de aceptación: 28/01/22

RESUMEN

Introducción: La pandemia por COVID-19 ha impactado a Chile y particularmente a la Región Metropolitana, la que se caracteriza por ser un territorio desigual. La distribución de las infecciones por SARS-CoV2 no ha impactado a la población de forma equitativa y depende de algunos Determinantes Sociales de la Salud (DDSS). **Objetivo:** Describir la incidencia de casos COVID-19 notificados en comunas de la RM según etnia, años de escolaridad, pobreza, hacinamiento y movilidad. **Metodología:** Estudio descriptivo, ecológico y transversal. Se escogieron grupos de comunas según el Índice de Prioridad Social y luego se seleccionaron 15 comunas de forma aleatoria por conglomerados. Se describió la situación epidemiológica según DDSS mencionados. **Resultados:** Las comunas con mayor prioridad social y más vulnerables respecto a DDSS mostraron altas tasas de incidencia por COVID-19. Al mismo tiempo, aquellas con menor hacinamiento y movilidad evidenciaron las menores tasas de incidencia. **Conclusión:** Para promover la salud y evitar enfermar es necesario comprender las discrepancias del contexto entre personas y comunidades. Las diferencias en las tasas de incidencia por comuna expresan también diferencias sociales que deben ser abordadas con el fin apuntar a las causas estructurales del proceso salud-enfermedad.

Palabras Claves: Infecciones por Coronavirus; Determinantes Sociales de la Salud; Investigación en Enfermería; Vigilancia Epidemiológica; Equidad en Salud.

ABSTRACT

Introduction: The COVID-19 pandemic has impacted Chile, particularly the Metropolitan Region, which is well known as unequal. The SARS-Cov2 distribution has not affected the population equally and depends on Social Determinants of Health. **Aim:**

To describe the COVID-19 incidence in the Metropolitan Region's municipalities by Etnia, years of education, poverty, overcrowding, and mobility. **Methodology:** Cross-sectional, descriptive, and ecological study. Social Priority Index selected groups of municipalities, then 15 municipalities were randomly selected. The epidemiological status was described by mentioned Social Determinant of Health. **Results:** Municipalities with higher social priority and more vulnerable showed high rates of COVID-19. At the same time, municipalities with less overcrowding and mobility showed lower COVID-19 rates. **Conclusion:** In this way, promoting health and avoiding getting sick, it is necessary to understand the differences between people and communities. The different rates of COVID-19 by municipalities show social inequalities that must be tackled attending the structural factors of health.

Keywords: Coronavirus Infections; Social Determinants of Health; Nursing Research; Epidemiologic Surveillance; Health Equity.

RESUMO

Introdução: A pandemia COVID-19 afetou o Chile, particularmente a Região Metropolitana, que se caracteriza como um território desigual. A distribuição do SARS-Cov2 não tem impactado a população de maneira igual e depende dos Determinantes Sociais da Saúde. **Objetivo:** Descrever a incidência do COVID-19 nos municípios da Região Metropolitana por etnia, anos de escolaridade, pobreza, superlotação e mobilidade. **Metodologia:** Estudo transversal, descritivo e ecológico. Grupos de municípios foram selecionados pelo Índice de Prioridade Social, em seguida, 15 municípios foram selecionados aleatoriamente. A situação epidemiológica foi descrita de acordo com o referido Determinantes Sociais da Saúde. **Resultados:** Municípios com

maior prioridade social e mais vulneráveis apresentaram altas taxas de COVID-19. Ao mesmo tempo, municípios com menor superlotação e mobilidade apresentaram menores taxas de COVID-19. **Conclusão:** Para promover a saúde e evitar doenças é fundamental conhecer os diferentes contextos entre as pessoas e a comunidade. As diferenças nas taxas de COVID-19 pelos municípios, mostram desigualdades sociais que devem ser enfrentadas atendendo aos fatores estruturais da saúde.

Palavras Chaves: Infecções por Coronavirus; Determinantes Sociais de Saúde; Pesquisa em Enfermagem; Monitoramento Epidemiológico; Equidade em Saúde.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹, el primer caso de COVID-19 se reportó en Wuhan durante el mes de diciembre del 2019, siendo definida como una enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-CoV2 de la familia de los Coronavirus⁽²⁾. Estos virus pueden producir enfermedades respiratorias que van desde un resfriado común a un Síndrome Respiratorio Agudo Severo^{3,4}. El 11 de marzo del 2020, la OMS declara el COVID-19 como una pandemia, manifestando preocupación por su alta gravedad y propagación¹.

Según la OMS⁵, al 7 de septiembre del 2021 existen 221.134.742 casos confirmados a nivel mundial. En Chile, a la misma fecha, el Ministerio de Salud (MINSAL) indica que existen 1.968.629 casos totales por COVID-19, con una tasa de 10.117,2/100.000 habitantes⁶.

La Región Metropolitana (RM), capital de Chile, ha presentado una de las tasas de incidencia acumulada más elevadas del país, siendo una de las regiones que más aporta al total de casos acumulados a nivel nacional⁶. La región está compuesta por 52

municipios con diferentes realidades sociales, lo que hace de esta región un espacio geográfico con inequidades socioespaciales interesantes de estudiar⁷.

Una situación que induce este pensamiento es que las cuarentenas dinámicas aplicadas por el gobierno de Chile en la RM comenzaron en la zona nororiente en municipios como Providencia, Vitacura, Lo Barnechea y Las Condes, posteriormente la cuarentena se amplió a toda la Provincia de Santiago y comunas como Puente Alto, San Bernardo, Cajón del Maipo^{8,9}. A estas medidas se sumó el establecimiento de toque de queda en todo el territorio nacional entre las 22:00 y 05:00 hrs, además de aduanas y cordones sanitarios en distintos puntos del país⁹. Las particularidades de cada comuna de la RM las expone a una vulnerabilidad diferenciada debido a los Determinantes Sociales de la Salud (DDSS), expresándose en los indicadores de morbilidad y mortalidad¹⁰.

Respecto de la infección por SARS- CoV2, se ha evidenciado en el país que existen DDSS como la pobreza multidimensional, el uso de transporte público (movilidad), el nivel educacional y el nivel de ingresos, que explican el número de infecciones y muertes por COVID-19^{11,12}. Los DDSS condicionan la salud, afectando a la población y haciéndolos más vulnerables al COVID-19¹³. Estas dimensiones repercuten en la población, como en la educación, salud, trabajo, seguridad social, vivienda, entorno, redes y cohesión social¹⁴. En este contexto, es relevante para la enfermería conocer la determinación de los procesos de salud-enfermedad, desde una mirada poblacional, con énfasis en los DDSS que pueden ser intervenidos desde la salud pública.

El origen étnico parece tener relación con la susceptibilidad, incidencia y gravedad en los casos de COVID-19¹⁵⁻¹⁶. Una de las causas puede ser el nivel de hacinamiento produciendo así un aumento en el riesgo de transmisión del virus¹⁵. En Chile al año 2017 se reporta que un 6,5% de los hogares presenta algún grado de hacinamiento y en la RM

este valor aumenta a un 8,1%¹⁴. Esta variable se mide a través del Índice de hacinamiento, donde, se comprende como hogares con hacinamiento a aquellas viviendas con 5 o más personas por dormitorio, y sin hacinamiento las viviendas con menos de 2,5 personas por dormitorio¹⁷.

Como indicador de nivel socioeconómico a nivel comunal, se utiliza el Índice de Prioridad Social (IPS), este clasifica a las comunas integrando aspectos del desarrollo social comunal, tales como ingresos, educación y salud, permitiendo así dimensionar el nivel de vida relativo alcanzado por la población de una comuna¹⁸. El promedio de estas 3 dimensiones aludidas se estandariza en una escala de 0 a 100, el valor 100 representa la peor situación relativa (más prioritaria) y el de 0 la mejor situación (menos prioritaria). De acuerdo con lo anterior, el IPS establece cinco categorías: alta prioridad social, media alta prioridad social, media baja prioridad social, baja prioridad social y sin prioridad social¹⁷.

Los DDSS afectan las decisiones que las personas pueden tomar en relación a su bienestar y respecto a los procesos salud-enfermedad durante el ciclo vital, es así como el modelo de Promoción de la Salud recalca la importancia de las características personales, experiencias, conocimientos, creencias y particularmente aspectos situacionales en los comportamientos o conductas de salud que se desean alcanzar¹⁸. En esta investigación se visualizan los aspectos socioculturales a nivel poblacional, los cuales de acuerdo con el enfoque de Nola Pender son predictivos de una cierta conducta de salud¹⁹.

El objetivo de este estudio es describir la frecuencia de algunos determinantes sociales en relación con la incidencia de casos notificados por COVID-19 en comunas de la RM en el año 2020.

METODO

Investigación cuantitativa de tipo descriptivo, ecológico y transversal, en el paradigma positivista.

Se realizó una descripción de cada comuna como unidad de análisis, con respecto a su incidencia de COVID-19 y DDSS; como proporción de personas pertenecientes a un pueblo originario, años de escolaridad promedio, proporción de hogares con pobreza, proporción de hogares con hacinamiento y porcentaje de reducción de movilidad.

El universo del estudio correspondió a las 52 comunas pertenecientes a la RM. Esta región fue seleccionada debido a su alta representatividad de población con respecto al total nacional, además de la alta concentración de casos que presentaba hasta la fecha de corte, correspondiente al 1 de junio del 2020, con un 81,06% de los casos confirmados a nivel nacional²⁰.

Para obtener la muestra, primero se clasificaron las 52 comunas de la RM según la categorización del IPS al 2019¹⁸. Posteriormente se realizó un muestreo estratificado, en donde cada comuna perteneciente a cada categoría del IPS tuvo las mismas posibilidades de entrar en la muestra. Para realizar lo anterior se utilizó una aplicación web, escogiendo de forma aleatoria tres comunas para cada categoría.

Los resultados se analizaron utilizando el modelo de Promoción de Salud de Nola Pender, considerando los DDSS como factores predisponentes en el comportamiento de las personas y de adquirir la enfermedad.

La muestra que resultó de la aleatorización fue:

- Alta prioridad social: San Ramón, Isla de Maipo, La Pintana.
- Media alta prioridad social: Buin, San José de Maipo, El Bosque.
- Media baja prioridad social: La Granja, Alhué, Estación Central.

- Baja prioridad social: Calera de Tango, Quilicura, Maipú.
- Sin prioridad social: Providencia, Las Condes, Vitacura.

Para la obtención de la información se utilizaron fuentes de datos secundarias, desagregados a nivel comunal.

- Casos de COVID-19 por comuna para diferentes fechas: Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación en la plataforma Bases de Datos COVID-19²¹.
- Caracterización de todas las viviendas y habitantes de cada comuna para el año 2017.CENSO 2017²².
- Datos de pobreza multidimensional. Encuesta CASEN 2017²³.
- El Instituto de Data Science de la Facultad de Ingeniería de la Universidad de movilidad a nivel comunal durante la pandemia de COVID-19²⁴.

Las variables cualitativas se analizaron mediante distribución de frecuencias; las variables cuantitativas mediante promedio y la variable de morbilidad cuantitativa mediante tasa de incidencia.

Respecto a los aspectos éticos, esta investigación contó con la aprobación del comité de ética de Investigación en seres humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile N°155-2020.

Se tuvieron en cuenta los cuatro principios bioéticos. Respecto de la beneficencia, los resultados de este estudio pueden ser usados para futuras investigaciones, los cuales pueden ayudar a generar relaciones causales entre los DDSS y la propensión a contagiarse con SARS-COV2. Respecto de la no maleficencia, este estudio no buscó ir en desmedro ni estigmatización de ninguna comuna, sino que graficar la situación e información actual de la manera objetiva y transparente. Respecto al principio de justicia, todas las comunas

de la RM tuvieron la misma posibilidad de entrar en la investigación, debido a que se realizó un muestreo aleatorio. Finalmente, la autonomía no pudo ser aplicada, ya que la unidad de análisis fue la comuna y la investigación se realizó en base a fuentes de datos públicas y de acceso libre²⁵.

RESULTADOS

Como muestra la Tabla 1, las comunas que presentaron menor tasa de incidencia de COVID-19 al 01 de julio son Alhué, Isla de Maipo y Calera de Tango. Mientras que las comunas que presentaron mayor incidencia son La Granja, San Ramón y La Pintana. Por otro lado, se logró observar que las comunas de Providencia, Vitacura y Las Condes presentaron una tasa de incidencia similar entre ellas con 761,3; 735,7 y 736,5 por cada 100.000 habitantes respectivamente.

Las comunas que no se encuentran en la zona urbana de la RM, como Alhué (94,5/100.000 habitantes), Calera de Tango (326/100.000 habitantes) e Isla de Maipo (219,1/100.000 habitantes) presentaron una tasa de incidencia menor comparada con Maipú (650,7/ 100.000 habitantes), la comuna con menor incidencia de la zona urbana.

Tabla n°1. Distribución de personas pertenecientes a un Pueblo Originario, años de escolaridad promedio y tasa de incidencia de COVID-19 al 01/06/2020 en comunas de la RM, según prioridad social.

Comunas	Índice de prioridad Social	Pertenece a un pueblo originario (%)	Años de escolaridad promedio	Tasa de incidencia histórica por comuna/ 100.000 habitantes
San Ramón	Alta	3,30	8,17	1962,8
Isla de Maipo	Alta	4,78	8,36	219,1

INEQUIDADES Y COVID-19 EN 15 COMUNAS DE LA REGIÓN METROPOLITANA: UNA MIRADA DESCRIPTIVA DE ENFERMERÍA. De la Fuente F, Araya N, Barrera P, Alarcón K, Aguilera J, Serrano Y. Revista Chilena de Enfermería 2022. Vol.4 N.1.

La Pintana	Alta	12,96	7,64	1511,1
Buín	Media alta	8,93	8,74	492,5
San José de Maipo	Media alta	4,78	9,38	1190,7
El Bosque	Media alta	8,78	8,54	961,6
La Granja	Media baja	6,97	8,51	2139,4
Alhué	Media baja	2,34	7,72	94,5
Estación central	Media baja	7,91	9,59	1114,6
Caleta de Tango	Baja	1,99	9,12	326,0
Quilicura	Baja	7,10	8,95	1213,6
Maipú	Baja	7,47	9,80	650,7
Providencia	Sin prioridad	2,52	13,07	761,3
Las Condes	Sin prioridad	1,66	12,46	736,5
Vitacura	Sin prioridad	0,90	12,17	735,7
Promedio		5,49	9,48	940,67

Fuente: Elaboración propia

Etnia y años de escolaridad promedio

Como se indica en la tabla n°1, la pertenencia a un pueblo originario, la comuna que presentó mayor porcentaje fue La Pintana, al mismo tiempo es la tercera comuna con mayor incidencia de COVID-19 con una tasa de 1511,1/100.0000. Por otra parte, la comuna con menor porcentaje de personas que declararon pertenecer a un Pueblo Originario fue Vitacura con 0,90%, comuna que a su vez presentó una tasa de incidencia de 735,7 /100.000 personas, una de las menores de la RM.

El promedio de personas que pertenecen a una etnia entre las 15 comunas fue de 5,58%.

En este sentido, las comunas que estuvieron sobre el promedio fueron San José de Maipo

(6,17%), La Granja (6,97%), Quilicura (7,10%), Maipú (7,47%), Estación Central (7,91%), El Bosque (8,78%), Buin (8,93%) y La Pintana (12,96%). De estas, Quilicura, San José de Maipo y Estación Central presentaron una tasa de incidencia acumulada a la fecha sobre 1.000/100.000 habitantes. Por un lado, la Pintana junto con La Granja superaron la incidencia de 1.500/100.000 habitantes. Por otro lado, de las comunas que no superan el promedio solo San Ramón presentó una tasa de incidencia superior a 1.000/100.000 personas. Del resto de las comunas que no superaron la media, Alhué (2,34%), Calera de Tango (1,99%) e Isla de Maipo (4,78%) presentaron tasas de incidencia menores a 500 por 100.000 personas. A su vez, Las Condes (1,66%), Providencia (2,52%) y Vitacura (0,90%) presentaron tasas de incidencia entre 700 y 800 por cada 100.000 personas.

Considerando el promedio de años de escolaridad, las comunas que se encontraron por sobre la media fueron Providencia, Vitacura, Las Condes, Maipú y Estación Central. De estas comunas, Estación Central fue la única comuna que superó la incidencia acumulada de 1000/100.000 personas, por otro lado, las comunas de Providencia, Las Condes, Maipú, Vitacura presentaron una incidencia acumulada menor a 800/100.000 personas.

De las comunas que se encontraron bajo la media (ver tabla n°1) solo San Ramón, La Pintana, La Granja, Quilicura y San José de Maipo tuvieron una incidencia acumulada de superior a 1000/100.000 personas.

La comuna con mayores años de escolaridad promedio fue Providencia con 13,07 y presentó una incidencia acumulada de 761,3/100.000 habitantes. Por otra parte, la comuna que tuvo menos años de escolaridad promedio es La Pintana, al mismo tiempo de tener una de las mayores tasas de incidencia.

Pobreza, hacinamiento y reducción de la movilidad.

Las comunas con menor distribución porcentual de hogares con pobreza por ingresos fueron Providencia con 0,48%, Las Condes con 0,23% y Vitacura que no presentó hogares con pobreza por ingreso. En el otro extremo, las comunas que tuvieron mayor porcentaje de distribución de hogares con pobreza por ingresos fueron Isla de Maipo con 9,25%, El Bosque con un 10,12% y la Pintana con un 15,38%.

Tabla n°2. Distribución de personas catalogadas como pobres (%), hogares con hacinamiento (%), reducción de la movilidad (%) y tasa de incidencia de COVID-19 al 01/06/2020 en comunas de la RM.

Comuna	Pobreza (%)	Hogares con hacinamiento (%)	Reducción de Movilidad (%)	Tasa de incidencia histórica por comuna/100.000 habitantes
Alhué*	3,91	5,08	7,72	94,5
Buín	8,67	8,67	8,74	492,5
Calera de Tango*	3,98	13,07	9,12	326
El Bosque	10,12	14,31	8,54	961,6
Estación Central	6,03	10,80	9,59	1114,6
Isla de Maipo*	9,25	10,15	8,36	219,1
La Granja	4,36	10,59	8,51	2139,4
La Pintana	15,38	17,31	7,64	1511,1
Las Condes	0,23	2,40	12,46	736,5
Maipú	2,99	7,31	9,80	650,7
Providencia	0,48	1,26	13,07	761,3
Quilicura	6,86	16,92	8,95	1213,6
San José de Maipo	4,12	13,17	9,38	1190,7

INEQUIDADES Y COVID-19 EN 15 COMUNAS DE LA REGIÓN METROPOLITANA: UNA MIRADA DESCRIPTIVA DE ENFERMERÍA. De la Fuente F, Araya N, Barrera P, Alarcón K, Aguilera J, Serrano Y. Revista Chilena de Enfermería 2022. Vol.4 N.1.

San Ramón	4,54	9,90	8,17	1962,8
Vitacura	0,00	1,12	12,17	735,7
Promedio	5,39	9,47	9,48	940,67

*Comunas sin cuarentena al 05 de junio.

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo con la tabla n°2, las tres comunas que tuvieron menor distribución porcentual de hogares pobres fueron Las Condes, Providencia y Vitacura, las cuales coincidieron con ser las comunas con menores tasas de incidencias de la zona urbana de la RM, junto con Maipú. Las tres comunas con mayor distribución porcentual de hogares pobres fueron La Pintana, El Bosque e Isla de Maipo, donde las primeras dos presentaron altas tasas de incidencia, por su parte, Isla de Maipo tuvo una tasa de incidencia menor a 300/100.000 habitantes.

El promedio de la distribución de hogares pobres de todas las comunas correspondió a 5,39%. Las comunas que se encontraron sobre la media fueron Buin, El Bosque, Estación Central, Isla de Maipo, La Pintana y Quilicura. De estas, Estación Central, La Pintana y Quilicura tuvieron una incidencia sobre 1.000 por cada 100.000 personas. Por otro lado, de las comunas que se encontraron bajo la media, solo La Granja, San José de Maipo y San Ramón presentaron una incidencia sobre 1.000 por cada 100.000 personas.

Respecto del hacinamiento, las comunas que presentaron menor distribución porcentual de hogares con esta cualidad fueron Vitacura (1,12%), Providencia (1,26%) y Las Condes (2,40%). Las comunas que tuvieron mayor distribución porcentual de hogares con hacinamiento son El Bosque (14,31%), Quilicura (16,92%) y La Pintana (17,31%).

Las comunas de La Pintana, Quilicura y El Bosque presentaron un alto porcentaje de hacinamiento, con 17,31%, 16,92% y 14,31% respectivamente, asimismo, las tres comunas tuvieron una tasa de incidencia superior a 900/100.000 habitantes. Por otro lado, las comunas con menor porcentaje de hacinamiento fueron Las Condes, Vitacura y

Providencia, las cuales, tuvieron una tasa de incidencia de COVID-19 menor a 800/100.000 habitantes.

El promedio de la distribución de hogares con hacinamiento de las comunas fue un 9,47%.

Dentro de las comunas que se encontraron por sobre la media estaban Calera de Tango, El Bosque, Estación Central, Isla de Maipo, La Granja, La Pintana, Quilicura, San José de Maipo y San Ramón, de estas, solo Isla de Maipo, Calera de Tango y El Bosque presentaron una incidencia mayor a 1.000/100.000 personas.

Al comparar el porcentaje de reducción promedio de movilidad en las 15 comunas durante la semana del 1 al 7 de junio 2020 en relación con la semana del 9 al 15 de marzo 2020, se encontró un rango de 7,72 % hasta un 13,07%.

Entre las comunas que contaban con cuarentena vigente, La Pintana, San Ramón y La Granja presentaron el menor porcentaje de reducción de movilidad promedio (ver tabla n°2), así mismo estas comunas fueron unas de las que presentaron una alta tasa de incidencia de COVID-19 con 1511,1, 1962,8 y 2139,4 por 100.000 habitantes respectivamente. Aquellas comunas que presentaron el mayor porcentaje de reducción de la movilidad promedio fueron Providencia, Las Condes y Vitacura, de igual forma estas comunas presentaron las menores tasas de incidencia.

DISCUSIÓN

El análisis descriptivo, permite visualizar desigualdades en elementos sociales y los casos acumulados en las 15 comunas de la RM. Respecto de la movilidad, tal como se evidenció en este estudio, las comunas de mayores ingresos como Las Condes y Vitacura, esta variable disminuyó un 30% mientras que, para comunas de menores ingresos como Puente Alto, Quinta Normal y El Bosque, la disminución de la movilidad fluctuó entre

un 10% y un 20%²⁶. En nuestro país, las personas con educación media, técnica y profesional disminuyen sus salidas cuando sus comunas se encuentran bajo cuarentena. Para todos estos grupos, se produce una caída de aproximadamente 30% en la frecuencia en que salen a trabajar fuera del hogar con la implementación de cuarentenas, sin embargo, este no es el caso de las personas de menor nivel educacional (educación básica o sin estudios), las que en general realizan trabajos que no pueden ser realizados a distancia²⁷.

La evidencia de este estudio se vincula con resultados similares, respecto de la inclusión de la determinación social en salud y elementos como pertenencia a una minoría racial o étnica, pobreza y hacinamiento con mayores tasas de incidencia de COVID-19^{28,29,30}. En Latino América también se ha visto el mismo fenómeno, ya que el ambiente donde las personas viven y se desarrollan impactan en los niveles de contagio²⁸⁻³⁰. Los resultados indican que se han identificado factores estructurales de la salud que se vinculan con la dinámica de contagios a nivel poblacional.

El nivel educacional y la alfabetización en salud, puede relacionarse con la incidencia y gravedad del COVID-19³¹. Se ha observado que, en las comunas de la zona urbana seleccionadas, aquellas con menores años de escolaridad presentaron una mayor incidencia de COVID-19, a medida que estos años aumentan, se observa una disminución de la incidencia, pero este descenso no fue lineal en todas las comunas del estudio.

En relación con las variables pobreza, hacinamiento y movilidad estudiadas, diversos estudios han demostrado que un alto nivel de pobreza conlleva una serie de factores que aumentan la exposición al COVID-19 y por ende su posterior contagio, debido a que, poblaciones con mayores niveles de pobreza tienen más probabilidades de vivir en zonas superpobladas, generalmente no cuentan con un empleo que les permita trabajar desde

sus hogares y tienen mayores probabilidades de tener condiciones de trabajo e ingresos inestables^{32,33,34}. Un fenómeno similar se pudo observar en las comunas de la RM, donde la comuna de La Pintana presentó el mayor porcentaje de distribución de hogares con pobreza por ingresos, mayor porcentaje de hogares con hacinamiento y el menor porcentaje de reducción de movilidad promedio dentro de todas las comunas analizadas. Por otro lado, se encontró la comuna de Vitacura, sin pobreza por ingresos, tuvo el menor porcentaje de hacinamiento y el mayor porcentaje de reducción de la movilidad dentro de todas las comunas de la muestra.

Analizando el comportamiento del COVID-19 en las comunas de la RM, se pudo precisar que otros países presentaron un comienzo y desarrollo similar al local. En Brasil se observó que la pandemia comenzó en zonas con mejores condiciones socioeconómicas y posteriormente se expandió hacia áreas más vulnerables²⁹, fenómeno semejante se precisó en Italia, evidenciando el rol de los DDSS en la pandemia de la COVID-19^{35,36}.

En este contexto el Modelo de Promoción de Salud se tensiona pues se evidencia como los espacios situacionales de la salud de las personas influyen en las conductas promotoras de salud y de los cuidados colectivos y estructurales. Es fundamental trabajar comprendiendo DDSS en la profesión enfermera, promocionando entornos saludables, abogando por las comunidades y la participación en la formulación de planes y políticas que se vinculen con la determinación social en salud³⁷.

Los procesos de salud-enfermedad se ven influenciados por las determinantes sociales, en sus diferentes niveles, las personas y comunidades se adaptan a esos contextos haciéndolos más o menos vulnerables a la enfermedad de COVID-19¹¹. Estos determinantes son exposiciones y estímulos del entorno que condicionan las conductas en salud, el quehacer de enfermería debe considerar los elementos contextuales en los

cuales las personas y comunidades interactúan con su entorno y se desenvuelven, pues permite prevenir enfermedades como función esencial de la salud pública y la práctica de enfermería³⁸.

CONCLUSIONES

Se evidenciaron amplias diferencias entre las comunas, tanto en lo respectivo a su tasa de incidencia por COVID-19 como en sus DDSS. Se observó que, en las comunas con tasas de incidencias altas, existe una tendencia a ser comunas con una distribución de DDSS más desfavorable y con mayor vulnerabilidad. Destacan las variables de hacinamiento, pobreza y movilidad, pues las comunas con menor pobreza y hacinamiento fueron las que tuvieron un mayor porcentaje de reducción de movilidad y al mismo tiempo menor tasa de incidencia. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender, permite ver el contexto en el cual se expresan estos DDSS y cómo se relacionan con la salud de la población. Tener esto en cuenta, contribuiría a la atención de salud basada en el modelo de DDSS, comprender mejor las susceptibilidades sociales, permite dar a conocer a los tomadores de decisiones la importancia de los DDSS en el manejo de la pandemia y otros eventos de importancia para la enfermería en salud pública.

Conflictos de Interés: No se declaran conflictos de interés.

Financiamiento: No hay fuentes de financiamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. WHO Timeline - COVID-19 [Internet]. World Health Organization. 2020 [Citado 24 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/detail/27-04-2020-who-timeline---covid-19>

2. World Health Organization: Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19) [Internet]. World Health Organization. 2019 [Citado 24 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>
3. Quan L, Huang T, Wang Y, Wang Z, Liang Y, Huang T, Zhang H, Sun W, y Wang Y. COVID-19 patient's clinical characteristics, discharge rate, and fatality rate of meta-analysis. Journal of Medical Virology [Internet] 2020 [Citado 24 de noviembre de 2021];92(6):577–83. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7228329/>
4. Miller R, Englund K. Transmission and risk factors of COVID-19. Cleve Clin J Med [Internet]. 2020 [Citado 24 de noviembre de 2021];87(5):1–2. Disponible en: <https://www.ccm.org/content/early/2020/05/18/ccjm.87a.ccc029>
5. World Health Organization. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard [Internet]. 2021 [Citado 24 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://covid19.who.int/>
6. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile (MINSAL). Informe epidemiológico N° 149 Enfermedad por SARS-CoV-2 (COVID-19). [Internet]. MINSAL. 2021 [Citado 24 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/Informe-Epidemiolo%CC%81gico-149.pdf>
7. Sabatini F, Cáceres G, Cerda J. Segregación residencial en las principales ciudades chilenas: Tendencias de las tres últimas décadas y posibles cursos de acción. EURE (Santiago). [Internet]. 2001 [Citado 24 de noviembre de 2021];27(82):21–42.. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0250-71612001008200002
8. Bartlett J. Chile coronavirus: Pinera's early success led to reopening; cases soared. The Washington Post [Internet]. 2020 [Citado 24 de noviembre de 2021]. Disponible en: https://www.washingtonpost.com/world/the_americas/chile-coronavirus-lockdown-sebastian-pinera/2020/06/23/70e9701a-b4a7-11ea-aca5-ebb63d27e1ff_story.html

9. Gobierno de Chile. Plan de acción por coronavirus. [Internet]. 2020 [Citado 24 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/ministro-de-salud-anuncio-cuarentena-total-para-siete-comunas-de-la-rm/>
10. World Health Organization. A conceptual framework action on the social determinant of health [Internet] World Health Organization Geneva. 2010 [Citado 24 de noviembre de 2021]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44489/9789241500852_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
11. Villalobos Dintrans P, Castillo C, de la Fuente F, Maddaleno M. COVID-19 incidence and mortality in the Metropolitan Region, Chile: Time, space, and structural factors. PLOS ONE [Internet]. 2021 [Citado 24 de noviembre de 2021]; 16(5): e0250707. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250707>
12. Núñez-Cortés Rodrigo, Ortega-Palavecinos Maritza, Soto-Carmona Camilo, Torres-Gangas Pablo, Concha-Rivero María Paz, Torres-Castro Rodrigo. Determinantes sociales de la salud asociados a la severidad y mortalidad en pacientes con COVID-19. Gac. Méd. Méx [Internet]. 2021 Jun [Citado 24 de noviembre de 2021]; 157(3):273-280. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132021000300273&lng=es
13. Turner-Musa J, et al. Examining Social Determinants of Health, Stigma, and COVID-19 Disparities. Healthcare [Internet]. 12 Jun 2020 [Citado 24 de noviembre de 2021];8(2): 168. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2227-9032/8/2/168/htm>
14. Ministerio de Desarrollo Social. Informe Desarrollo Social 2019 [Internet]. 2019 [Citado 24 de noviembre de 2021]. Disponible en: http://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/storage/docs/Informe_de_Developo_Social_2019.pdf
15. Takian A, Kiani M y Khanjankhani K. COVID-19 and the need to prioritize health equity and social determinants of health [Internet]. International Journal of Public Health. Springer [Internet]. 2020 [Citado 24 de noviembre de 2021];65:521-523. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00038-020-01398-z>
16. Buchanan L, Patel K, Rosenthal B, y Singhvi A. A Month of Coronavirus in New York City: See the Hardest-Hit Areas [Internet]. The New York Times. 2020 [Citado

- 24 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.nytimes.com/interactive/2020/04/01/nyregion/nyc-coronavirus-cases-map.html>
17. Ministerio de Desarrollo Social. Observatorio Social. Vivienda [Internet]. s.f. [Citado 24 de noviembre de 2021]. Disponible en: <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-2017>
18. Gajardo S. Región Metropolitana de Santiago Índice de Prioridad Social de Comunas 2019 Seremi de Desarrollo Social y Familia Metropolitana [Internet]. Santiago; 2019 [Citado 24 de noviembre de 2021]. Disponible en: http://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/storage/docs/INDICE_DE_PRIORIDAD_SOCIAL_2019.pdf
19. Aristizábal G, Blanco D, Sánchez A, y Ostiguín R. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. Enfermería universitaria [Internet]. 2011 [Citado 24 de noviembre de 2021];8(4): 16-23. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n4/v8n4a3.pdf>
20. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Reporte diario 1 de junio de 2020 [Internet]. 2020 [Citado 24 de noviembre de 2021]. Disponible en: https://cdn.digital.gob.cl/public_files/Campa%C3%B1as/Corona-Virus/Reportes/01.06.2020_Reporte_Covid19v2.pdf
21. Ministerio de Ciencia Tecnología e Innovación. Base de Datos COVID-19 | Ministerio de Ciencia [Internet]. 2020 [Citado 24 de noviembre de 2021]. Disponible en: <http://www.minciencia.gob.cl/covid19>
22. Instituto nacional de estadística. ¿Qué es el censo? Censo 2017 [Internet]. 2017 [Citado 24 de noviembre de 2021]. Disponible en: <http://www.censo2017.cl/que-es-el-censo>
23. Ministerio de Desarrollo Social. Archivo histórico de Encuesta CASEN [Internet]. s.f. [Citado 24 de noviembre de 2021]. Disponible en: <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-2017>
24. Instituto Data Science de la Facultad de Ingeniería de la Universidad del Desarrollo T. Movilidad IDS UDD [Internet]. 2020 [Citado 24 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://datascience.udd.cl/movilidad/>

25. Arguedas-Arguedas Olga. Elementos básicos de bioética en investigación. Acta méd. costarrica [Internet]. Jun 2010 [Citado 24 de noviembre de 2021];52(2):76-78. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022010000200004&lng=en
26. Olivares M, Goic M, Weintraub G, Covarrubia J y Catalán C. El dispar impacto de las cuarentenas en las comunas de la Región Metropolitana [Internet]. Mayo 2020 [Citado 24 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://radio.uchile.cl/wp-content/uploads/2020/05/Social-Cuarentenas-v6-ISCI.pdf>
27. MOVID-19. ¿Cuál ha sido la respuesta de la población a las cuarentenas? El impacto de las desigualdades en la efectividad de las políticas sanitarias MOVID-19 [Internet]. 2020 [Citado 24 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.movid19.cl/publicaciones/tercer-informe/tercer-informe.pdf>
28. Baidal JW, Wang AY, Zumwalt K, Gary D, Greenberg Y, Cormack B, et al. Social Determinants of Health and COVID-19 Among Patients in New York City. Res Sq [Internet]. 15 Sep 2020 [Citado 24 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7523130/>
29. Figueiredo AM de, Figueiredo DCM de, Gomes LB, Massuda A, Gil-García E, Vianna RP de T, et al. Social determinants of health and COVID-19 infection in Brazil: an analysis of the pandemic. Rev Bras Enferm [Internet]. 2020 [Citado 24 de noviembre de 2021];73:e20200673. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020001400158&lng=en&nrm=iso&tlng=en
30. Abrams EM, Szeffler SJ. COVID-19 and the impact of social determinants of health The Lancet Respiratory Medicine. [Internet]. Lancet Publishing Group; 2020 [Citado 24 de noviembre de 2021];8:659–61. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(20\)30234-4/fulltext#%20](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(20)30234-4/fulltext#%20)
31. Hawkins D. Social determinants of covid-19 in massachusetts, United States: An ecological study. J Prev Med Public Heal [Internet]. 1 Jul 2020 [Citado 24 de noviembre de 2021];53(4):220–7. Disponible en: <http://www.jpmp.org/journal/view.php?doi=10.3961/jpmp.20.256>

32. Pan D, Sze S, Minhas JS, Bangash MN, Pareek N, Divall P, et al. The impact of ethnicity on clinical outcomes in COVID-19: A systematic review. *EClinicalMedicine* [Internet]. 1 Jun 2020 [Citado 24 de noviembre de 2021];23:100404. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2589537020301486>
33. Mulholland RH, Sinha IP, Sinha IP. Ethnicity and COVID-19 infection: are the pieces of the puzzle falling into place? *BMC Med* [Internet]. 1 Jul 2020 [Citado 24 de noviembre de 2021];18(1):206. Disponible de: <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-020-01669-9>
34. Khalatbari-Soltani S, Cumming RC, Delpierre C, Kelly-Irving M. Importance of collecting data on socioeconomic determinants from the early stage of the COVID-19 outbreak onwards. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 1 Ago 2020 [Citado 24 de noviembre de 2021];74(8):620–3. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7298202/>
35. Vividmaps. Where to live in Italy? [Internet]. s.f. [Citado 24 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://vividmaps.com/where-to-live-in-italy/>
36. Duddu P. Coronavirus in Italy: Outbreak, measures and impact. [Internet]. *Pharmaceutical Technology*. 2020 [Citado 24 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.pharmaceutical-technology.com/features/covid-19-italy-coronavirus-deaths-measures-airports-tourism/>
37. Prieto V y Miró M. Advocacy: de la teoría a la práctica. Un reto para Enfermería [Internet]. 2013 [Citado 24 de noviembre de 2021]. Disponible en: https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/4059/Prieto_Cano_Veronica.pdf?sequence=1&isAllowed=y
38. Casanova Moreno M, Machado Reyes F. Utilidad de las Funciones Esenciales de la Salud Pública para afrontar la COVID-19. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2020 Dic [Citado 24 de noviembre de 2021];36(4):e1543. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252020000400001&lng=es.

**ELEMENTOS CULTURALES EN EL CUIDADO DE LA PERSONA MAYOR
INDÍGENA: REVISIÓN SISTEMÁTICA**

**CULTURAL ELEMENTS IN THE CARE OF THE INDIGENOUS OLDER
PERSON: A SYSTEMATIC REVIEW**

**ELEMENTOS CULTURAIS NO CUIDADO DO IDOSO INDÍGENA: UMA
REVISÃO SISTEMÁTICA**

Carla Castro Ibacache¹

¹ Escuela de Enfermería. Universidad de la Frontera, Temuco. Chile.

<https://orcid.org/0000-0003-3628-1660>.

Correspondencia a: email:

carlis.ci7@gmail.com

Fecha de recepción: 04/10/21

Fecha de aceptación: 18/12/21

RESUMEN

Objetivo: Comprender la importancia de los aspectos culturales en el cuidado de la persona mayor indígena por medio de literatura científica. **Metodología:** Revisión sistemática de literatura, se utilizaron términos de búsqueda “aspectos culturales”, “cuidado adulto mayor” “indígena” para los idiomas español, inglés y portugués en bases de datos LILACS, PUBMED, CINAHL y SCOPUS entre los años 2002 – 2020. Se realizó análisis temático. **Resultados:** Se encontró un total de 814 artículos que consideraban los aspectos culturales del cuidado de la persona mayor indígena. Se seleccionaron 12 artículos bajo los criterios de personas mayores desde los 65 años y más, que sean indígenas y que estén al cuidado de familias o instituciones. Se encontraron estudios cualitativos o cuantitativos acerca de aspectos culturales en su cuidado. Los artículos corresponden a aborígenes canadienses, la cultura Kaingang de Brasil, los grupos Maya, Tsáchila. **Conclusión:** Para una mejora en atención y comunicación de la persona mayor indígena se debe incluir valores culturales en atención de salud respetando creencias, formas de vida y cuidado, por lo que, dentro de la formación del personal, éste debe ser capaz de incorporar todas estas características para el cumplimiento de objetivos y mejora de salud.

Palabras Claves: Salud de Poblaciones Indígenas; Adulto Mayor; Características Culturales; Enfermería Transcultural; Revisión Sistemática.

ABSTRACT

Objective: To understand the importance of cultural aspects in the older indigenous person's care through scientific literature. **Methodology:** Systematic literature review in which search terms "cultural aspects", "elderly care" and "indigenous" were used for the

Spanish, English, and Portuguese languages in LILACS, PUBMED, CINAHL, and SCOPUS databases between the years 2002 – 2020. **Results:** 814 articles were found that considered the cultural aspects of caring for the indigenous older person. Twelve papers were selected under the criteria of older people aged 65 years and over, indigenous, and in the care of families or institutions. Qualitative or quantitative studies about cultural aspects in their care. The articles correspond to Canadian aborigines, the Kaingang culture of Brazil, the Mayan groups, and Tsáchila. **Conclusion:** For an improvement in care and communication of the indigenous older person, cultural values must be included in health care respecting beliefs, ways of life, and care, so within the training of the personnel, this must be able to incorporate all these characteristics for the fulfillment of objectives and improvement of health.

Keywords: Health of Indigenous Peoples; Aged; Cultural Characteristics; Transcultural Nursing; Systematic Review.

RESUMO

Objetivo: Compreender a importância dos aspectos culturais no cuidado ao idoso indígena por meio da literatura científica. **Metodologia:** Revisão sistemática da literatura onde foram utilizados os termos de busca “aspectos culturais”, “cuidado ao idoso” “indígena” para os idiomas espanhóis, inglês e português nas bases de dados LILACS, PUBMED, CINAHL e SCOPUS entre os anos de 2002 e 2020. **Resultados:** Total foram encontrados 814 artigos que consideraram os aspectos culturais do cuidado ao idoso indígena. Doze artigos foram selecionados segundo os critérios de idosos com idade igual ou superior a 65 anos, indígenas e que estão ao cuidado de famílias ou instituições. Estudos qualitativos ou quantitativos sobre aspectos culturais sob seu cuidado. Os artigos

correspondem aos aborígenes canadenses, à cultura Kaingang do Brasil, aos grupos maias, Tsáchila. **Conclusão:** Para uma melhoria no cuidado e na comunicação do idoso indígena, valores culturais devem ser inseridos na atenção à saúde respeitando as crenças, modos de vida e cuidado, de forma que, na formação da equipe, sejam capazes de incorporar todas essas características para o cumprimento de objetivos e melhoria da saúde.

Palavras-chave: Saúde das Populações Indígenas; Idoso; Características Culturais; Enfermagem Transcultural; Revisão Sistemática.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento demográfico se produce por el aumento en la importancia relativa del grupo de adultos mayores y la disminución en la importancia porcentual de los menores, como consecuencia de la caída de la natalidad aumento de la esperanza de vida y el paso de niveles altos a bajos de mortalidad y fecundidad¹.

Las personas mayores hacen aportes a la sociedad de muchas maneras, ya sea en el seno de sus familias, en la comunidad local o en la sociedad en general. Sin embargo, el alcance de esos recursos humanos y sociales y las oportunidades que se tienen al envejecer dependerán en gran medida de algo fundamental: la salud², en algunos países la condición de vida de una persona mayor se torna muy difícil debido a que pierden oportunidades de trabajo, actividad social y en el peor de los casos impide que la misma persona pueda proporcionarse el cuidado para satisfacer sus necesidades, ya sea en forma transitoria o permanente³. En estas situaciones requiere del acompañamiento de otro que lo apoye³.

La población mundial está envejeciendo a pasos acelerados. Entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del

11% al 22%⁴. En cuanto a Chile continúa con un proceso de envejecimiento de su población, es así como el porcentaje de personas de 65 años o más pasó de 6,6% en 1992 a 11,4% en 2017⁵, algunas personas mayores pueden ir perdiendo autonomía e independencia funcional.

Según la política pública la cual se refiere a las filosofías y prioridades que sigue un gobierno (en forma de legislación o de programas) y representa el énfasis en la responsabilidad gubernamental, los principales factores que influyen son el número de los afectados o los grupos de presión organizados⁶. La política sanitaria para las personas mayores debe considerar la necesidad y problemas singulares que los distinguen de los no ancianos⁶. Por ejemplo, fomentar el envejecimiento activo y el desarrollo de servicios sociales para las personas mayores, cualquiera sea su condición, fortaleciendo su participación y valoración en la sociedad, promoviendo su autocuidado y autonomía, y favoreciendo el reconocimiento y ejercicio de sus derechos⁷. Sin embargo, en términos específicos todos los cambios o la visión que se pueda tener respecto al envejecimiento está determinado entre otras cosas, también por la cultura considerada como el patrón y el modo de vida de las personas que influye sobre sus decisiones y acciones, la cultura determina también la forma como las personas en cada sociedad definen lo que es salud, enfermedad, vida, muerte⁸.

Así como está la persona mayor, también se encuentra muy presente la persona mayor indígena ya que, los pueblos indígenas también están inmersos en el proceso de envejecimiento global, esta población se enfrenta a grandes obstáculos en el acceso a los servicios básicos, especialmente quienes residen en zonas rurales de difícil ingreso⁹.

A nivel latinoamericano antiguamente gozaban de mayor prestigio, donde alcanzar edades avanzadas era digno de admiración y respeto⁹.

En México, el 90 % de las personas mayores indígenas viven en sus comunidades con sus familias, sin embargo, no cuentan con seguridad social y algunos servicios básicos, la falta de programas de salud, de educación y accesibilidad, favorecen su vulnerabilidad⁹. Todos ellos tienen distintas apreciaciones con respecto a lo que es salud-enfermedad, distintas costumbres, visiones, distintos aspectos culturales⁹.

La relevancia de esta investigación puede fundamentarse en la frecuencia relativa de pueblos originarios en Chile, además del valioso aporte desagregado por pueblo, la población que se considera perteneciente a algún pueblo indígena u originario ascendió a 2.185.729 personas en el Censo 2017. Los tres pueblos con mayor porcentaje son Mapuche (79,8%), Aymara (7,2%) y Diaguita (4,1%)⁵. Estos son descendientes de las agrupaciones humanas que existen en el territorio nacional desde tiempos precolombinos, que conservan manifestaciones étnicas y culturales propias, y para quienes la tierra es el fundamento principal de su existencia y cultura⁵.

El pueblo mapuche es el más numeroso de los nueve pueblos existentes en el país y el más visible en términos de reivindicación de derechos (tierras, territorio, reconocimiento)¹⁰.

En éste se es viejo cuando ya no se hace lo que antes se hacía. Cuando la persona mayor ya no puede realizar, entre otras cosas, tareas o actividades para la mantención de la familia y desde ahí asume un rol distinto vinculado a la promoción y protección del patrimonio cultural¹⁰, pasando a ser respetados y valorados al interior de sus comunidades¹¹.

Estas personas mayores provenientes de distintas comunidades tienen algo en común, cuando llegan a un punto donde su salud se ve deteriorada, ya no pueden proporcionarse el cuidado para satisfacer sus necesidades, ya sea en forma transitoria o permanente,

requieren del acompañamiento de otro que lo apoye. Este cuidado podrá ser realizado en instituciones especializadas o bien en el hogar³. Sin embargo, los cuidados y tratamientos establecidos para pacientes pertenecientes a pueblos originarios no presentan la misma respuesta, por ende, es necesario incorporar sus factores culturales para poder entregarles la mejor calidad en atención en salud³.

Las diferencias culturales que están presentes en el cuidado de la persona mayor exigen un acercamiento a ellos, para que no solo se considere la atención sanitaria convencional de la persona mayor, sino que involucre una perspectiva antropológica cultural.

La importancia del respeto a la cultura permite la construcción de nuevas prácticas de cuidado, ajustados a la realidad de estas personas mayores¹². Siles plantea que la aproximación antropológica a los cuidados constituye un instrumento primordial para identificar las diversas formas en que los grupos humanos satisfacen sus necesidades¹³.

Considerando también que la población está envejeciendo aceleradamente, porque si bien sigue creciendo, cada vez lo hace de forma más lenta, aumentan los ancianos, por lo que también debería aumentar la participación hacia los cambios referentes a cuidados¹⁴.

Independiente de que exista una política de salud para pueblos indígenas entre las cuales destaca la ley de Autoridad Sanitaria que se formuló en el año 2004 en Chile, la cual indica que se deben formular políticas que incorporen el enfoque intercultural a los programas de salud o la Ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes de las personas en la atención de salud, en su Artículo N°7, señala las obligaciones de los prestadores de salud públicos donde existe alta concentración indígena. Estas obligaciones consisten, básicamente, en asegurar el derecho a recibir una atención de salud con pertinencia cultural, la existencia de facilitadores interculturales y señalética en idioma español y en el del pueblo originario¹³.

Sin embargo, esto no es suficiente, no basta solo con facilitadores, sino que también es realmente importante aproximarse a los aspectos culturales como profesionales de la salud¹³. Por lo mencionado anteriormente se realizará una revisión sistemática que permitirá comprender los elementos culturales necesario de considerar en el cuidado de la persona mayor indígena.

La pregunta de investigación es ¿cuáles son los elementos culturales necesarios de considerar en el cuidado de una persona mayor indígena señalados en la literatura científica entre los años 2002 a 2020?

El propósito de este estudio es proporcionar evidencia científica de la literatura sobre la competencia cultural necesaria de desarrollar en los profesionales de salud para proporcionar cuidados culturales hacia la persona mayor considerando el respeto y aceptación de las diferencias culturales, favoreciendo estrategias de intervención efectiva para este grupo de la población¹⁵. Todo esto para potenciar el conocimiento y la importancia del respeto a otras culturas.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

El diseño en esta investigación es una revisión sistemática. Es un tipo de estudio secundario que utiliza una metodología de búsqueda sistemática para identificar, analizar e interpretar la evidencia disponible¹⁶.

El procedimiento metodológico será guiado por el marco de Arksey & O'Malley¹⁷, quienes hicieron la primera publicación formal de la metodología para la Revisión Sistemática, ésta contiene cinco fases:

1. Identificación de la pregunta de investigación (claramente estructurada).

2. Búsqueda sistematizada de la evidencia científica.
3. Selección de los estudios.
4. Extracción de los datos.
5. Recopilación, resumen y difusión de los resultados.

Diseño

Búsqueda sistemática de la literatura que consiste en identificar estudios publicados sobre elementos o aspectos culturales sobre el cuidado de la persona mayor indígena, considerando éstos en edad de 65 años y más. Se incluirán estudios con metodología cualitativa y cuantitativa en idioma inglés, portugués y español. El rango de tiempo será de 18 años. En el rango de 2002 a 2020.

Criterios de inclusión de los artículos

Artículos publicados en las bases de datos electrónicas: LILACS, PUBMED, CINAHL y SCOPUS entre los años 2002 – 2020. Filtros: artículos que consideren personas adultas mayores desde los 65 años y más, que sean indígenas y que estén al cuidado de familias o instituciones. Estudios cualitativos o cuantitativos acerca de aspectos culturales en su cuidado (forma, estrategias, capacidades de aprendizaje, entre otras). Se considerarán sólo texto completo.

Criterios de exclusión de los artículos

Estudios que no fueran realizados en seres humanos y por último estudios que trataran temas fuera del interés de esta revisión o que se encontraran repetidos en las diferentes bases de datos.

Estrategia de búsqueda y bases de datos

Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura en revistas científicas.

Se utilizarán las palabras claves: “aspectos culturales”, “elementos culturales”, “cultura”, “cuidado adulto mayor” “indígena” para los idiomas español y “care, elderly, indigenous”, “cultural elements” para las publicaciones de idioma inglés. Se realizará una búsqueda general con el título de aspectos culturales en el cuidado del adulto mayor indígena y luego de forma más específica utilizando términos MeSH y boléanos (OR), además de combinaciones de términos: Y / AND (**Tabla 1**). Si aparece gran número de referencias bibliográficas, será necesario afinar más la búsqueda hasta que el número se ajuste concretamente al tema y sea operativo su manejo¹⁷.

Tabla 1. Palabras claves utilizadas en búsqueda sistemática planificadas en dos rondas de búsqueda; palabras DeCS en español, inglés y palabras MeSH en inglés.

Español	Inglés	MeSH
Competencia cultural	Cultural Competency	Cultural Competency
Elemento cultural	Cultural element	No se encuentra MeSH
Adulto mayor	Elderly	Elderly
Anciano	Old man	No se encuentra MeSH
Cuidado	Care	Care
Indígena	Indigenous	Indigenous
Nativo	Native	Native

Plan de análisis

Corresponde a un análisis temático, que permite identificar, organizar, analizar en detalle la información recogida, para inferir resultados que propicien la adecuada comprensión/interpretación del fenómeno en estudio según Braun y Clarke¹⁸.

Palabras claves

Las palabras claves sirven como lenguaje único en la indización de artículos de revistas científicas a nivel global, por lo que permiten realizar una búsqueda y recuperación de artículos que aborden el fenómeno en estudio con altos estándares de rigor, y calidad. En esta revisión, se utilizarán las combinaciones de palabras claves mostradas en **Tabla 2**.

Implicancias éticas

Al ser un estudio documental, no implica riesgo a la salud de los seres humanos, por lo que no requiere de una evaluación ética independiente (Comité ética de investigación). Sin embargo, se reconoce la propiedad intelectual y originalidad de los artículos utilizados, por lo que se describen fielmente las fuentes, y se adscribe a los estándares internacionales de normalización de las referencias.

Motor de búsqueda y filtros

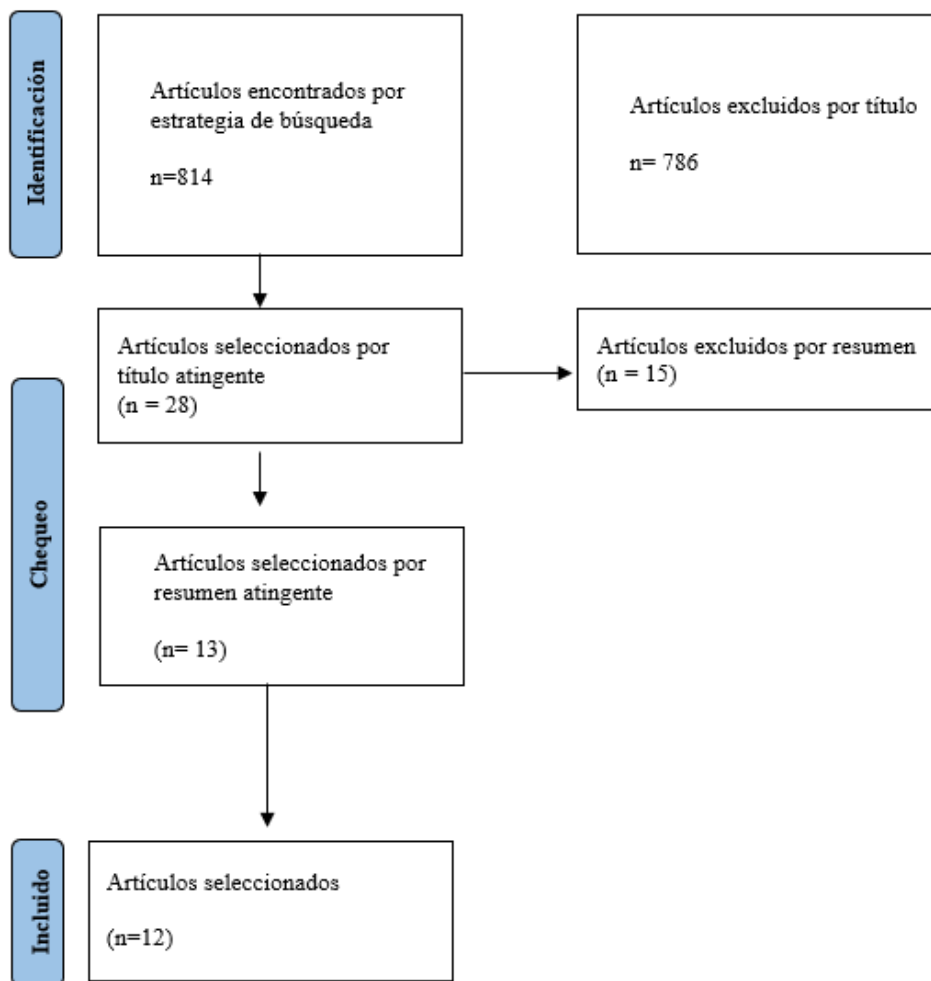
Tabla 2: Base de datos, comando y filtro usado en búsqueda realizada en 2020.

Base de datos	Comando búsqueda y operadores booleanos	Filtro usado
LILACS	(cuidados) AND (adulto mayor) AND (indigena)	Texto completo, años 2002-2020
PUBMED	((("aspect"[All Fields] OR "aspects"[All Fields]) AND ("culturally competent care"[MeSH Terms] OR ("culturally"[All Fields] AND "competent"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "culturally competent care"[All Fields] OR ("cultural"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "cultural care"[All Fields]) AND ("aged"[MeSH Terms] OR "aged"[All Fields] OR "elderly"[All Fields] OR "elderlies"[All Fields] OR "elderly s"[All Fields] OR "elderlys"[All Fields]) AND ("indigene"[All Fields] OR "indigeneity"[All Fields] OR "indigenous"[All Fields] OR "indigenes"[All Fields] OR "indigenization"[All Fields] OR "indigenous"[All Fields])) AND ((ffrft[Filter]) AND (fft[Filter]) AND (english[Filter] OR spanish[Filter]) AND (aged[Filter] OR 80andover[Filter])))	Texto completo, años 2002-2020, edad, idioma
CINAHL	care AND elderly AND (indigenous or native)	Texto completo, Fecha de publicación: 20020101-

		20201231
		aged: 65+
		years, aged, 80
		& over
SCOPUS	cultural AND aspects AND care AND indigenous AND elderly	Años 2002-2020

Fuente: Elaboración propia.

Figura 1: Flujograma de selección de artículos



Fuente: Elaboración propia.

RESULTADOS

Durante el proceso de búsqueda general se encontró un total de 814 artículos distribuidos en las bases de datos revisadas de la siguiente manera (Figura 1): CINAHL 14, LILACS 26, PUBMED 743, SCOPUS 31. Se excluyeron 786 que no cumplían con los criterios de inclusión, porque correspondían a repeticiones anteriores o no coincidían con criterios de búsqueda, esto quiere decir que estaban fuera del rango de fecha 2002-2020, no eran artículos sobre personas mayores indígenas y se encontraban en otro idioma que no fuera español, inglés.

De los 814 artículos seleccionados se separaron según título y resumen atingente (**Tabla 3**) donde se excluyeron los que estaban repetidos, quedando finalmente seleccionados 12 artículos que cumplían con criterios de selección establecidos. Se obtuvieron como texto completo y resumen y se procedió a su lectura en dos rondas para su análisis. (**Figura 1**).

Tabla 3. Artículos obtenidos clasificados conforme a base de datos de búsqueda.

Fuente	Artículos obtenidos	Artículos por título atingente	Artículos por resumen atingente
LILACS	26	6	6
CINHAL	14	4	0
PUBMED	743	14	5
SCOPUS	31	4	1
Total	814	28	12

Fuente: Elaboración propia.

Características de los estudios

De los 12 artículos seleccionados, seis tienen diseño cualitativo, dentro de los que destacan cualitativo fundamentado en la Grounded Theory, entrevistas semiestructuradas, cualitativa sustentada en la fenomenología, fundamentada en el método etnográfico; una revisión de alcance, guiada por un refinamiento del marco de

Arksey & O'Malley¹⁷; una revisión sistemática, dos de modelos explicativos, entre el que destaca la adaptación del protocolo de Entrevista del Modelo Explicativo (EM) de Kleinman; un estudio cuantitativo transversal con una muestra compuesta por 800 personas mayores; un estudio de caso, una revisión del alcance. La **Tabla 4** muestra las principales conclusiones de cada estudio elegido. De los artículos seleccionados se menciona a los aborígenes canadienses, cultura Kaingang de Brasil, cultura maya, Tsáchila que es un grupo indígena en la costa de Ecuador e Indígenas chilenos (Tabla 4).

ANÁLISIS DE RESULTADOS

La síntesis de la literatura se realizó mediante un texto descriptivo, en el que se muestran algunos elementos culturales, aunque en la mayoría de los artículos no se detallada cada aspecto cultural explícitamente. Los hallazgos dan cuenta de lo que acontece en distintos contextos latinoamericanos específicos, como, por ejemplo; pueblos originarios de México, Brasil, Ecuador, Chile, entre otros países. Sin embargo, todos coinciden en la desatención de un cuidado y trato especial de la persona mayor en función de su cultura

Eje temático: Elementos culturales

Análisis Temático

Técnica de investigación para identificar, analizar e informar patrones, es decir, temas dentro de los datos recopilados empíricamente³¹.

Tabla 4. Artículos obtenidos clasificados por autores, título y conclusión.

Nº	Autores	Título	Conclusión
1	Liliana Reina, María Romero ¹⁹ .	La débil apropiación de la competencia cultural en el cuidado al adulto mayor se expresa en las evidencias científicas. (Revisión sistemática).	Teniendo en cuenta que los cinco elementos de la competencia cultural se interrelacionan es fundamental tenerlos en cuenta como un todo, reconociendo al anciano como sujeto sociocultural con creencias, concepciones, significados, saberes y prácticas de cuidado y autocuidado propias.
2	Linda Hunter, Jo Logan, Jean Guy Goulet, Sylvia Barton ²⁰ .	Curación aborígen: recuperar el equilibrio y la cultura. (estudio etnográfico).	Las implicaciones para la práctica incluyen la incorporación de los conceptos de equilibrio, holismo y curación cultural en los servicios de atención médica para diversos pueblos aborígenes.
3	Diego Herrera, Frank Hutchins, David Gaus, Carlos Troya ²¹ .	Salud intercultural en Ecuador: un proyecto asimétrico e incompleto. Estudio cualitativo.	El cuidado de la salud intercultural 'real' implica un nivel más profundo de respeto mutuo y comprensión intercultural que apunta a la simetría en las relaciones médico-paciente.
4	Judy Clayton, Anton Neville Isaacs, Isabel Ellender ²² .	Experiencias de comunicación de enfermeras perioperatorias en un quirófano multicultural: un estudio cualitativo.	Atender las necesidades de los pacientes de orígenes cultural y lingüísticamente diversos en el quirófano sigue siendo un desafío.
5	Pelcastre B, Meneses S, Ruelas M, Reyes H ²³ .	Envejecimiento en comunidades rurales indígenas: un enfoque de salud intercultural y participativo en México. (estudio cualitativo)	Para lograr uniformidad en la provisión de salud cuidado, los sistemas de salud actuales deben abordar la interculturalidad y la participación aspectos de modelos sanitarios.
6	Leidyani Karina, Aline Cardoso, Ana Borghi, Lígia Carreira ²⁴ .	Factores de la cultura Kaingang que influyen en el cuidado del adulto mayor: la visión del profesional de la salud. (Cualitativo etnográfico)	El conocimiento de las influencias sobre el cuidado puede contribuir a la formación de un marco de información relevante para el profesional en la provisión de cuidado para los adultos mayores Kaingang.
7	Browne Colette. Jervis Lori. Alboroto Richard ²⁵ .	Las poblaciones indígenas y la demencia de los Estados Unidos: ¿Existe un caso	Los enfoques de investigación participativa basada en la comunidad (CBPR) y de investigación participativa tribal (TPR) que incorporan valores y tradiciones culturales, el conocimiento de los efectos del trauma histórico y

	para las intervenciones psicosociales basadas en la cultura?	otros desafíos (es decir, financieros), y aquellos que son respetuosos de la soberanía nativa y los protocolos de investigación ofrecen una estrategia de investigación para probar intervenciones destinadas a promover calidad de vida de ancianos y familias.
8 Lewis Jordan ²⁶ .	Envejecimiento exitoso a través de los ojos de los ancianos nativos de Alaska. Qué significa ser anciano en Bristol Bay, Alaska. (Modelo explicativo)	Esta investigación busca informar estudios sobre el envejecimiento indígena que prioriza las perspectivas de los ancianos para incidir positivamente en la prestación de servicios de salud en las zonas rurales de Alaska.
9 Webkamigad Sharlene, Rowe Robyn, Peltier Shanna ²⁷ .	Identificación y comprensión de las necesidades de atención social y de salud de los adultos mayores indígenas con múltiples afecciones crónicas y sus cuidadores: una revisión de alcance.	Los hallazgos destacan la importancia del conocimiento y las perspectivas indígenas locales para mejorar la accesibilidad de los servicios sociales y de salud culturalmente relevantes.
10 Gallardo Lorena. Sánchez Esteban ²⁸ .	Envejecimiento exitoso y bienestar personal entre los ancianos indígenas y no indígenas de Chile. (Estudio cuantitativo)	Este estudio sugiere una situación de riesgo entre los indígenas chilenos mayores, confirmando la premisa de que las trayectorias de vida de los indígenas chilenos en riesgo social dan lugar a una vejez más desigual socialmente.
11 Leidyani Karina Rissardo ²⁹ .	Nuevos horizontes: una mirada cuidado profesional para ancianos indígenas.	la atención profesional al anciano indígena no es un acto aislado, sino que engloba una serie de factores anidados e interconectados, requiriendo habilidades y formación que van más allá de las técnicas y los conocimientos científicos, requiriendo un entendimiento transcultural.
12 Leidyani Karina, Neide Titonelli, Sonia Silva, Lúgia Carreira ³⁰ .	Prácticas de atención al anciano indígena -desempeño de los profesionales de la salud. (Estudio cualitativo etnográfico)	La actuación del equipo de salud se da a través de un enfoque transcultural, con asistencia que valora la diversidad de creencias y culturas en la localidad, y al mismo tiempo, apunta a la relevancia de la inserción de avances científicos para mejorar la condición de salud.

Fuente: Elaboración propia.

Comunicación

La diversidad cultural y lingüística de las sociedades humanas plantea problemas de comunicación que se han resuelto de diferente manera³². En el artículo de Clayton²²; se mencionan las dificultades en la comunicación ya que al tener idiomas diferentes afecta la atención al paciente y el clima laboral.

Leidyani Karina Rissardo en su artículo menciona que los adultos mayores tuvieron grandes dificultades para comprender y expresarse en un idioma diferente al suyo, que no es entendido por la mayoría de los profesionales de la salud²⁴. *Es más difícil hablar con los adultos mayores, algunos no hablan bien el portugués, solo saben lo que necesitan: hola, adiós, duele [...] Si un anciano viene al Centro Básico de Salud (UBS), Hay que tener un agente indígena de salud (AIS) para poder tratarlos, porque el AIS puede traducir lo que dice el anciano (P4)*²⁴.

Daniel, citado por Del Carpio; menciona que el uso de la lengua materna es una forma de preservar no solo las tradiciones, sino principalmente la identidad. Si las lenguas indígenas se extinguen significa que también se pierde la cultura de los hablantes de esa lengua y el conocimiento de sus ancestros³³.

Es por ello por lo que el desconocimiento de los profesionales de la salud sobre el idioma de estas diferentes culturas enlentece y dificulta la atención de salud de las personas mayores, que el usuario no maneje la misma lengua o pertenezca a una misma identidad étnica que el personal que le atiende, puede ser motivo de prejuicios o desatención al ser etiquetado de "paciente difícil"³². Ya que deberá prestar mayor tiempo en su atención que con otros pacientes. Este problema no solo afecta la atención del paciente si no también el prestigio del lugar donde se atiende. El problema lingüístico afecta la accesibilidad e información de derechos y servicios. El desarrollo de habilidades comunicativas en el

personal de salud, incluyendo la competencia lingüística, es una medida necesaria sea cual sea el marco legal de cada país³².

Valores culturales en atención de salud

Se destaca la necesidad de que los servicios de atención médica sean culturalmente receptivos e incorporen formas indígenas de conocimiento y enfoques tradicionales de la salud y el bienestar²⁷. Todo esto para desarrollar intervenciones efectivas para comunidades e individuos, es crucial evaluar la orientación cultural, prestando atención a las afiliaciones con las comunidades nativas y las redes de parentesco, valorar las preferencias sobre el bienestar integral y espiritual, y las normas sociales relacionadas con la privacidad, el respeto y la humildad y preferencias visual-espaciales.

Leidyani menciona que para llevar a cabo el cuidado teniendo en cuenta la cultura, es necesario preservar las creencias y valores que no perjudiquen el estado de salud de la población asistida²⁹. El equipo de salud debe valorar y articular las prácticas tradicionales de salud de estos pueblos, que involucran, por ejemplo, el uso de plantas medicinales y otras acciones de cuidado en el tratamiento, guiándose así por un enfoque transcultural²⁹. Además, la misma autora menciona que el proceso de vivir de los individuos es único y se percibe de manera única, y que las raíces del comportamiento en situaciones, en su gran mayoría, se basan en sus creencias personales y en factores históricos y culturales³⁰. Es por ello por lo que es importante conocer lo que las personas sienten, creen y hacen con respecto al mantener su salud o tratar sus dolencias, al conocer ese modo de cuidar se podrán planificar actividades adecuadas para las personas mayores indígenas.

Competencia cultural

El Panel de Expertos en Competencia Cultural de la Asociación Americana de Enfermería realizado en el año 2007 generó en consenso una definición de competencia cultural: es

tener conocimiento, entendimiento y habilidades sobre un grupo cultural diverso que permite al profesional de la salud proporcionar cuidado cultural aceptable³⁴. La competencia es un proceso continuo que involucra la aceptación y el respeto de las diferencias y no permite que las creencias personales propias tengan una excesiva influencia en aquellos quienes tienen una visión del mundo diferente de la propia³⁴.

Los artículos revisados, no mencionan explícitamente la competencia cultural, sin embargo, aparece inmerso de distintas maneras en los mismos. Diego Herrera menciona que el cuidado de la salud intercultural 'real' implica un nivel más profundo de respeto mutuo y comprensión intercultural, que apunta a la simetría en las relaciones médico-paciente o profesional de la salud y paciente²¹.

En este aspecto, las Universidades que forman profesionales de la salud han avanzado en la incorporación del enfoque intercultural en la atención, sin embargo, esto es insuficiente para sensibilizar y cambiar actitudes en los profesionales que prestan atención directa a grupos de personas mayores indígenas. Además, deben tener características propias, como lo son la vocación, motivación, responsabilidad, buen trato a los adultos mayores indígenas con el fin de tener una relación adecuada para el manejo de la salud.

Al respecto, Leininger, insta a buscar, descubrir, comprender e interpretar las circunstancias del comportamiento de las personas en torno al cuidado. En esa búsqueda juiciosa las mismas personas se comprometen con los profesionales de enfermería, a develar sus significados y a enseñar propositivamente las creencias y prácticas que guían sus modos de pensar y de actuar frente al cuidado de su salud³⁵.

El compromiso social que tiene la enfermera para cuidar a la persona, la familia y la comunidad, requiere que, además del conocimiento de la técnica, de los aspectos

instrumentales del cuidado y de la comprensión intelectual, exista el conocimiento de esa otra persona, a través de una relación holista¹⁵.

DISCUSIÓN

Como resultado de la revisión realizada, puede mencionarse que a pesar de que no se encontraron estudios que aborden específicamente los aspectos culturales respecto al cuidado de la persona mayor indígena, se recalca la importancia del respeto e integración de las distintas culturas a la que pertenecen las personas mayores.

En este sentido, Chile cuenta con políticas públicas que han ido visibilizando necesidad del cuidado con enfoque intercultural, incorporación del modelo de hospitales interculturales, pero no son suficientes para asegurar el cuidado y respeto de las personas indígenas¹². Mucho menos para personas mayores que llevan sus creencias por mayor tiempo. Al respecto, Avaria en su artículo de Políticas sociales: exclusión/inclusión del mundo indígena; señala que los pueblos indígenas demandan respeto y ejercicio real de procesos participativos orientados al reconocimiento de éstos, como elaboradores, articuladores y gestores de sus procesos de desarrollo y de participación política³⁶. Sin embargo, los servicios de salud no suelen estar diseñados para tener en cuenta las experiencias de los pueblos indígenas. Esto coincide con lo que menciona Pérez³⁷; en su artículo sobre Facilitadores y obstaculizadores de la implementación de la política de salud intercultural en Chile del año 2016, donde dice que la ausencia de un modelo de gestión para implantar el enfoque de salud intercultural se identifica como un obstáculo, a pesar de que existe la normativa nacional e internacional referida a los derechos de los pueblos indígenas. No obstante, es importante señalar que, a pesar de aquello, la

normativa ha obligado a los equipos a desarrollar acciones para prestar una atención más respetuosa y de mayor calidad a los usuarios indígena.

La resolución 46/91 de la Asamblea General de las Naciones Unidas menciona 5 principios en favor de las Personas de Edad las cuales son: independencia, cuidados, auto realización, participación y dignidad, dentro de las 2 últimas se destaca que las personas de edad deberán recibir un trato digno, independientemente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica y además deberán participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que afecten directamente a su bienestar³⁸. Estos aspectos, fueron declarados en el Modelo de salud familiar con enfoque comunitario, sin embargo, no existen antecedentes que den cuenta del avance de enfoque a nivel nacional.

El artículo 23 y 24 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas, menciona que tienen derecho a participar activamente en la elaboración y determinación de los programas de salud, vivienda y demás programas económicos y sociales que les conciernan. Además, tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital³⁹.

Es por ello por lo que, si las personas mayores indígenas pueden participar en lo que respecta a su salud, la enfermería debe facilitar por medio de la competencia cultural esta atención.

Definiendo competencia cultural como conocimiento, entendimiento y habilidades sobre un grupo cultural diverso que permite al profesional de la salud proporcionar cuidado cultural aceptable. Leininger plantea que el conocimiento de la estructura cultural y social de una comunidad puede definir el logro de objetivos en las prácticas asistenciales de enfermería⁴⁰. Teniendo en cuenta que ella ha definido la enfermería transcultural como

una de las grandes áreas de la enfermería que se centra en el estudio y el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo desde el punto de vista de sus valores asistenciales, de la expresión y convicciones sobre la salud y la enfermedad y de los modelos de conducta; siempre con el propósito de desarrollar una base de conocimiento científico y humanística que permiten una práctica de la actividad sanitaria, específica de las culturas⁴¹.

Si bien es importante implementar la enfermería transcultural, en algunos países como España la barrera idiomática representa una dificultad evidente⁴². Esto lo menciona Carrasquilla y Pérez en su estudio sobre Relación enfermera-paciente frente a la diversidad cultural, en donde exponen que la mayoría de las comunidades indígenas que acuden a los servicios de salud de Santa Marta (España) tienen su propia lengua y muchas veces no dominan el castellano, convirtiéndose en la primera barrera de acceso a los profesionales de enfermería y en general al equipo de salud. En esas situaciones, resulta necesaria la participación de una tercera persona que sirva de traductora y mediadora cultural⁴². En Chile, según los resultados de la encuesta sociolingüística aplicada a hogares mapuches del sur de Chile, la Región de la Araucanía es la que presenta los mejores índices de bilingüismo, puesto que la mitad de las personas demuestra algún tipo de competencia en su lengua vernácula (51,6%). Aquí se concentraría el mayor número de hablantes del sur de Chile⁴³. No obstante, esto no indica mejor comunicación con la persona mayor. Hay zonas en la Araucanía en que las personas mayores no hablan español³⁷.

Lo anterior coincide con lo que expresa Leidyani²⁴ en su artículo realizado en Brasil sobre Factores de la cultura Kaingang que influyen en el cuidado de la persona mayor, donde

menciona que es difícil hablar con este grupo, ya que, algunos no hablan bien el portugués y necesitan de una persona que actúe como facilitador.

En Chile la Norma General Administrativa N°16 del Ministerio de Salud¹³; desarrolla orientaciones para los servicios de salud en materia de pertinencia cultural e interculturalidad. Además, en 2012, la Ley N° 20.584¹³, que regula los derechos y deberes de las personas en la atención de salud, en su Artículo N°7, señala las obligaciones de los prestadores de salud públicos donde existe alta concentración indígena. Mencionando por ejemplo el derecho a recibir una atención de salud con pertinencia cultural, la existencia de facilitadores interculturales y señalética en idioma español y en el del pueblo originario.

El facilitador intercultural es una persona conocedora de la lengua y cultura de la población indígena predominante de la localidad y de la forma de funcionamiento del sistema de salud. Le corresponde orientar a las personas pertenecientes a las culturas tradicionales desde el interior de los establecimientos, entregarles información sobre el sistema y servirles de nexo con el equipo de salud⁴⁴. En la cultura mapuche predominante en Chile se les conoce también como “amuldungufe” en otras palabras se trata de una persona, funcionaria, mapuche, cuyo rol es acercar y hacer comprensibles la relación entre ambos mundos – el institucional y el indígena⁴⁵.

Al respecto, Leidyani menciona que para llevar a cabo el cuidado teniendo en cuenta la cultura, es necesario preservar las creencias y valores. El equipo de salud debe valorar y articular las prácticas tradicionales de salud de estos pueblos, que involucran, el uso de plantas medicinales y otras acciones de cuidado en el tratamiento²⁹.

En Chile a pesar de que existen varias normas, leyes, programas relacionados con los derechos de los indígenas en salud como la existencia de algunos hospitales, facilitadores

y de las señaléticas, aún no se logra incorporar todos los aspectos fundamentales de las sociedades indígenas en lo que respecta al tema salud¹³.

El personal de salud ha sido capacitado sobre la cultura, sin embargo, aún falta por incorporar más información sobre enfermería transcultural a los estudiantes del área de la salud⁴⁶.

Travelbee y Leininger, mencionan que se debe ser consciente de la importancia de conocer y reconocer la cultura en el proceso de la relación enfermera-paciente indígena, convirtiéndose en pieza fundamental para el desarrollo de un cuidado con calidad, humanizado y culturalmente congruente. Comprenderlos desde su perspectiva, de entender qué es la salud y la enfermedad para estos individuos de cara a optimizar la relación persona a persona con ellos⁴⁷.

Conflictos de Interés: No se declaran conflictos de interés.

Financiamiento: No hay fuentes de financiamiento.

CONCLUSIONES

Debido a que la cultura es el patrón y el modo de vida de las personas que influye sobre sus decisiones y acciones, la cultura determina también la forma como las personas en cada sociedad definen lo que es salud, enfermedad, vida, muerte; además de la necesidad de buscar atención y decidir a quién solicitarla⁸.

La revisión permitió describir que los principales elementos culturales presente en estudios realizados entre el periodo 2002 a 2020, fueron comunicación, valores culturales en la atención en salud y pertinencia intercultural.

Las principales características de estos fueron las costumbres, creencias, medicina tradicional, entre otros. Todo esto fortalece la atención de salud de las personas mayores indígenas.

Las principales limitaciones fueron que aunque en la mayoría de los artículos seleccionados en el estudio no se detalla cada aspecto cultural explícitamente, se menciona que es fundamental el manejo de la lengua nativa, esto proporciona una mejor interacción entre personal de salud y pacientes indígenas, sin embargo no es el único elemento ya que para una mejora en la atención y comunicación se debe incluir valores culturales en atención de salud respetando sus creencias, formas de vida y cuidado, por lo que dentro de la formación del personal, éste debe ser capaz de incorporar todas estas características para el cumplimiento de objetivos y mejora de salud con las personas mayores indígenas.

Se propone al respecto como proyección que sería ideal que los profesionales de salud conocieran a cabalidad la cultura de sus comunidades, incluyendo el manejo del idioma nativo en especial cuando existen personas mayores tan apegados a sus costumbres, esto porque les permitiría mejorar la atención con sus pacientes, implementando nuevas estrategias, considerando, respetando sus creencias e incluyéndolas en el cuidado.

Conflictos de Interés: No se declaran conflictos de interés.

Financiamiento: No hay fuentes de financiamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Solís D. Agenda de igualdad para adultos mayores. 2012 – 2013. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Ecuador [Internet]; 2013 [Citado 30 mayo de 2022]. Disponible en: https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/06/Agendas_ADULTOS.pdf

2. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Informe [Internet]; 2015 [Citado 30 mayo de 2022]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf
3. Giraldo C, Franco G, Correa G, Salazar M, Tamayo A. Cuidadores familiares de ancianos: quiénes son y cómo asumen este rol. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. Colombia [Internet]; 2005 [Citado 30 mayo de 2022];23(2):7-15. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/120/12011106002.pdf>
4. Organización Mundial de la Salud. [Internet]; 2020 [Citado 30 mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
5. INE: Instituto Nacional de Estadísticas. Síntesis de resultados de censo 2017. Chile. [Internet]; 2018 [Citado 30 mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.censo2017.cl/descargas/home/sintesis-de-resultados-censo2017.pdf>
6. Marín P. Reflexiones para considerar en una política pública de salud para las personas mayores Rev Méd Chile [Internet]. 2007 [Citado 30 mayo de 2022];135(3):392-398. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872007000300016&script=sci_arttext
7. Servicio Nacional del Adulto Mayor. Políticas públicas para las personas mayores en Chile. Gobierno de Chile [Internet]. 2012 [Citado 30 mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.mop.cl/GIS/Documents/SENAMA.pdf>
8. Moreno N, Landeros M, Jiménez M, Vera A, Ojeda M. El Proceso Intercultural en el Cuidado de la Persona Adulta Mayor. Desarrollo Científ Enferm [Internet]. 2011 [Citado 30 mayo de 2022];19(10):343-347. Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-343.pdf>
9. Organización Iberoamericana de seguridad social. Boletín sobre adultos mayores del programa Iberoamericano de cooperación. Personas adultas mayores en poblaciones indígenas [Internet]. 2015 [Citado 30 mayo de 2022]. Disponible en: <http://www.oiss.org/wp-content/uploads/2000/01/OISS08-DEF.pdf>
10. Molinet S. ¿Existen políticas de promoción para el ejercicio de derechos de las personas mayores de pueblos originarios a 10 años del plan mundial sobre envejecimiento? Red Latinoamericana de gerontología. Reunión Regional de Sociedad Civil sobre Envejecimiento Madrid +10: Del Plan a la Acción - Escuela Social Juan

- XXIII. Costa Rica, 6, 7 Y 8 de mayo de 2012 [Internet]. 2012 [Citado 30 mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=2465>
11. Huenchuán S. El envejecimiento desde una perspectiva cultural. El caso de los mapuches de la Araucanía. Biblioteca Digital DIBRI -UCSH por Universidad Católica Silva Henríquez UCSH -DIBRI. [Internet]. 1999 [Citado 30 mayo de 2022];7:20-27. Disponible en: http://biblioteca-digital.ucsh.cl/greenstone/collect/revista1_old/index/assoc/HASH016f/5c1b714d.dir/EI%20envejecimiento%20desde%20una%20perspectiva%20cultural..pdf
12. Poblete M, Goldstein E. Políticas de Salud Intercultural en Chile. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile Asesoría Técnica Parlamentaria [Internet]. 2019 [Citado 30 mayo de 2022]. Disponible en: https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27514/1/BCN_Poblete_Políticas_de_Salud_Intercultural_en_Chile_final.pdf
13. Siles J. Antropología educativa de los cuidados: una etnografía del aula y las prácticas clínicas. Universidad de Alicante. Editorial marfil S.A. [Internet]. 2009 [Citado 30 mayo de 2022]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/16372345.pdf>
14. SENAMA. Servicio Nacional del adulto mayor. Primeros resultados definitivos del censo 2017 [Internet]. 2017 [Citado 30 mayo de 2022]. Disponible en: <http://www.senama.gob.cl/noticias/primeros-resultados-definitivos-del-censo-2017-un-total-de-17574003-personas-fueron-efectivamente-ce>
15. Ibarra X, Siles J. Competencia cultural. Una forma humanizada de ofrecer Cuidados de Enfermería. Index Enferm [Internet]. 2006 [Citado 30 mayo de 2022];15(55):44-48. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000300010
16. Kitchenham B, Charters S. Guidelines for Performing Systematic Literature Reviews in Software Engineering (version 2.3). Technical Report, Keele University and University of Durham [Internet]. 2007 [Citado 30 mayo de 2022]. Disponible en: https://www.elsevier.com/_data/promis_misc/525444systematicreviewsguide.pdf
17. Fernández H, King K, Enríquez C. Revisiones Sistemáticas Exploratorias como metodología para la síntesis del conocimiento científico. Enferm. univ [Internet]. 2020

- [Citado 30 mayo de 2022];17(1):87-94. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632020000100087
18. Mieles M, Tonon G, Alvarado S. Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. Universitas Humanística [Internet]. 2012 [Citado 30 mayo de 2022];74:195-225. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/unih/n74/n74a10.pdf>
19. Reina L, Romero M^a. La débil apropiación de la competencia cultural en el cuidado al adulto mayor se expresa en las evidencias científicas. Cultura de los Cuidados [Internet]. 2014 [Citado 30 mayo de 2022];38-128-138. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.38.15>
20. Hunter L, Logan J, Goulet J, Barton S. Aboriginal Healing: Regaining Balance and Culture. J Transcult Nurs [Internet]. 2006 [Citado 30 mayo de 2022]; 17(1), 13-22. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/1043659605278937>
21. Herrera D, Hutchins F, Gaus D, Troya C. Intercultural health in Ecuador: an asymmetrical and incomplete project. Anthropol Med [Internet]. 2019 [Citado 30 mayo de 2022];26(3):328-344. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/13648470.2018.1507102>
22. Clayton J, Neville A, Ellender I. Perioperative nurses' experiences of communication in a multicultural operating theatre: A qualitative study. Int J Nurs Stud [Internet]. 2016 [Citado 30 mayo de 2022];54:7-15. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24680876/>
23. Pelcastre B, Meneses S, Ruelas M, Reyes H, Amaya A, Taboada A. Aging in rural, indigenous communities: an intercultural and participatory healthcare approach in Mexico. Ethn Health [Internet] 2017 [Citado 30 mayo de 2022]; 22(6), 610-630. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/13557858.2016.1246417>
24. Karina L, Cardoso A, Borghi A, Carreira L. Factores de la cultura Kaingang que influyen en el cuidado del adulto mayor: la visión del profesional de la salud. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2013 [Citado 30 mayo de 2022];21(6):1345-1352. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/ZhqjgHgssLJzczqhCmKdzbj/?lang=es&format=pdf>

25. Browne C, Sue Ka'opua L, Jervis L, Alboroto R, Trockman M. United States Indigenous Populations and Dementia: Is There a Case for Culture-based Psychosocial Interventions? *Gerontologist* [Internet]. 2017 [Citado 30 mayo de 2022];57(6): 1011–1019. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6281323/>
26. Lewis J. Successful Aging Through the eyes of Alaska Native Elders. What It Means to Be an Elder in Bristol Bay, AK? *Gerontologist* [Internet]. 2011 [Citado 30 mayo de 2022];51(4):540–549. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3945528/>
27. Webkamigad S, Rowe R, Peltier S, Froehlich A, McGilton K, Walker J. Identifying and understanding the health and social care needs of Indigenous older adults with multiple chronic conditions and their caregivers: a scoping review. *BMC Geriatr* [Internet]. 2020 [Citado 30 mayo de 2022]; 20: 145. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7168986/>
28. Gallardo-Peralta L, Sánchez-Moreno E. Successful Aging and Personal Well-Being Among the Chilean Indigenous and Non-Indigenous Elderly. *Aquichan* [Internet]. 2019 [Citado 30 mayo de 2022];19-3. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/741/74161171009/>
29. Rissardo L, Carrera L. Novos horizontes: um olhar para o cuidado profissional ao idoso indígena. *Ciênc. cuid. saúde* [Internet]. 2016 [Citado 30 mayo de 2022];15(3). Disponible en: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38612016000300396
30. Rissardo L, Titonelli N. Práticas de cuidado ao idoso indígena - atuação dos profissionais de saúde. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014 [Citado 30 mayo de 2022];67(6):919-927 Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reben/a/sNqVYNHbWrZSFjxRQmcgDss/?lang=pt>
31. Escudero C. El análisis temático como herramienta de investigación en el área de la Comunicación Social: contribuciones y limitaciones. *Trama comun* [Internet]. 2019 [Citado 30 mayo de 2022];24(2):89-100. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3239/323964237005/>
32. Figueroa-Saavedra M. Estrategias para superar las barreras idiomáticas entre el personal de salud–usuario de servicios de salud pública en España, Estados Unidos y México. *Comun. Soc* [Internet]. 2009 [Citado 30 mayo de 2022];12:149-175.

Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-252X2009000200007

33. Del Carpio K. La importancia de las comunidades indígenas, su lengua y cultura. Pueblos. Revista de información y debate [Internet]. 2014 [Citado 30 mayo de 2022]. Disponible en: <http://www.revistapueblos.org/blog/2014/12/06/la-importancia-de-las-comunidades-indigenas-sus-lenguas-y-culturas/>
34. Osorio M, López A. Competencia cultural en salud: necesidad emergente en un mundo globalizado. Index Enferm [Internet]. 2008 [Citado 30 mayo de 2022];17(4), 266-270. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000400010
35. Muñoz L, Vásquez M. Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. Colomb. med. [Internet]. 2007 [Citado 30 mayo de 2022];38(4):98-104. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v38n4s2/v38n4s2a11.pdf>
36. Avaria A. Políticas sociales: exclusión/inclusión del mundo indígena. MAD [Internet]. 2003 [Citado 30 mayo de 2022];8. Disponible en: <https://doi.org/10.5354/rmad.v0i8.14799>
37. Pérez C., Nazar G, Cova F. Facilitadores y obstaculizadores de la implementación de la política de salud intercultural en Chile. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2016 [Citado 30 mayo de 2022];39(2):122-127. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2016.v39n2/122-127>
38. Asamblea General de las Naciones Unidas. Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad [Internet]. 1991 [Citado 30 mayo de 2022]. Disponible en: <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2014/04/onu-Principios-mayores.pdf>
39. Naciones Unidas. Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas. [Internet]. 2008 [Citado 30 mayo de 2022]. Disponible en: https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_es.pdf
40. Pérez S. Enfermería transcultural como método para la gestión del cuidado en una comunidad urbana. Camaguey 2008. Rev. cuba. enferm. [Internet]. 2009 [Citado 30 mayo de 2022];25(3-4):0-0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000200003

41. Leno D. Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. Gaz. antropol. [Internet]. 2006 [Citado 30 mayo de 2022]. Disponible en: https://www.ugr.es/~pwlac/G22_32Daniel_Leno_Gonzalez.html
42. Pérez C, Carrasquilla D. Relación enfermera-paciente frente a la diversidad cultural. Una mirada en situaciones de cuidado a pacientes indígenas. Index Enferm [Internet]. 2018 [Citado 30 mayo de 2022];27(4):216-220. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000300008
43. Henríquez M. Estado del mapudungún en comunidades pewenches y lafkenches de la región del Bío-Bío. RLA [Internet]. 2014;52(2):13-40. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48832014000200002
44. Ministerio de Salud Chile. Norma general administrativa n° 16. Interculturalidad en los servicios de salud [Internet]. 2006 [Citado 30 mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Norma%2016%20Interculturalidad.pdf>
45. Hospital las Higueras. Chile. Facilitador intercultural. Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (Pespi) [Internet]. 2014 [Citado 30 mayo de 2022]. Disponible en: <http://www.sstalcahuano.cl/wp-content/uploads/2018/05/FACILITADORA-INTERCULTURAL.pdf>
46. Veliz L, Bianchetti A, Silva M. Competencias interculturales en la atención primaria de salud: un desafío para la educación superior frente a contextos de diversidad cultural. ESSAY Cad. Saúde Pública [Internet]. 2019 [Citado 30 mayo de 2022]; 35(1):1-11. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/csp/2019.v35n1/e00120818/>
47. Tarrés S. El cuidado del 'otro'. Diversidad cultural y enfermería transcultural. Gaz. antropol. [Internet]. 2001 [Citado 30 mayo de 2022];15:1-6. Disponible en: https://www.ugr.es/~pwlac/G17_15Sol_Tarres_Chamorro.html



EXPERIÊNCIAS CORPORAIS NAS RELAÇÕES DE CUIDADO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO INTEGRATIVA

BODY EXPERIENCES IN INTENSIVE CARE UNIT CARE RELATIONS: AN INTEGRATIVE REVIEW

EXPERIENCIAS CORPORALES EN LAS RELACIONES DE CUIDADO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: UNA REVISIÓN INTEGRADORA

Franciele Roberta Cordeiro¹
Juliana Graciela Vestena Zillmer²
Marina Borges Luiz³
Nataniele Kmentt da Silva⁴
Helena da Cruz Campelo⁵

¹Franciele Roberta Cordeiro. Universidade Federal de Pelotas (UFPel). <https://orcid.org/0000-0001-6194-5057>. Correspondência a: e-mail franciele.cordeiro@ufpel.edu.br

²Juliana Graciela Vestena Zillmer. Universidade Federal de Pelotas (UFPel). <https://orcid.org/0000-0002-6639-8918>

³Marina Borges Luiz. Universidade Federal de Pelotas (UFPel). <https://orcid.org/0000-0003-1317-5355>

⁴Nataniele Kmentt da Silva. Universidade Federal de Pelotas (UFPel). <https://orcid.org/0000-0001-9798-6547>

⁵Helena da Cruz Campelo. Universidade Federal de Pelotas (UFPel). <https://orcid.org/0000-0001-9798-6547>

Data de recepção: 04/02/22

Data de aceitação: 01/05/22

RESUMO

Objetivo: analisar as experiências corporais nas relações de cuidado em unidade de terapia intensiva. **Metodologia:** revisão integrativa realizada nas bases de dados MEDLINE, SCOPUS, LILACS e CINAHL, das quais resultaram em 13 artigos. Os resultados foram analisados de forma descritiva e organizados em categorias temáticas, conforme a similaridade dos conteúdos, a partir de conceitos da Antropologia do Corpo. **Resultados:** foram construídas duas categorias: “*O corpo nas relações de cuidado*” e “*As experiências corporais mediadas pela tecnologia*”. Nelas, discutiu-se como as experiências corporais na UTI são mediadas pelas tecnologias, especialmente aquelas denominadas de “duras”, representadas por dispositivos, máquinas e medicamentos. Elas interferem na interação do corpo da pessoa consigo, com os outros e com o ambiente. As experiências corporais na UTI transformam o corpo ativo e reflexivo em um corpo nu, reduzido, limitado e exposto à medida que o nível de consciência se reduz. Dessa forma, os significados da corporeidade nas relações de cuidado em UTI se constituem a partir da compreensão do corpo como uma superfície de inscrição das práticas e técnicas dos profissionais de saúde no decorrer do tempo de hospitalização. **Conclusão:** o corpo da pessoa hospitalizada em UTI é significado através da passividade e da aceitabilidade. A sensibilidade carece de espaço, mas movimentos de reflexão e em direção às ações possíveis para humanizar o cuidado na UTI foram evidenciados.

Descritores: Cuidados Críticos; Tecnologia; Corpo Humano; Unidades de Terapia Intensiva; Antropologia; Revisão.

ABSTRACT

Objective: to analyze the corporal experiences in the caring relationships in the intensive care unit. **Methodology:** an integrative review was conducted in the databases MEDLINE, SCOPUS, LILACS, and CINAHL which resulted in 13 articles. The results were analyzed in a

descriptive way and organized into thematic categories, according to the similarity of the contents, based on concepts from the Anthropology of the Body. **Results:** We constructed two categories: the body in care relations and the bodily experiences mediated by technology. We discussed how body experiences in the ICU are mediated by technologies, especially those called "hard", represented by devices, machines, and medicines. They interfere with the interaction of the person's body with himself, with others, and with the environment. The bodily experiences in the ICU transform the active and reflective body into a naked body, reduced, limited, and exposed as the level of consciousness reduces. Thus, the meanings of corporeality in caring relationships in the ICU are constituted from the understanding of the body as a surface of registration of the practices and techniques of health professionals during the period of hospitalization. **Conclusions:** The body of the person hospitalized in ICU is realized through passivity and acceptability. Sensitivity lacks space, but we evidenced movements of reflection towards possible actions to humanize care in the ICU.

Keywords: Critical Care; Technology; Human Body; Intensive Care Units; Anthropology; Review.

RESUMEN

Objetivo: analizar las experiencias corporales en las relaciones de cuidado en unidad de cuidados intensivos. **Metodología:** revisión integradora realizada las bases de datos MEDLINE, SCOPUS, LILACS y CINAHL, en las que se recuperaron 13 artículos. Los resultados fueron analizados de forma descriptiva y organizados en categorías temáticas, conforme a la similitud de los contenidos, a partir de conceptos de la Antropología del Cuerpo. **Resultados:** Se construyeron dos categorías: "El cuerpo en las relaciones de cuidado" y "Las experiencias corporales mediadas por la tecnología". En ellas se discutió cómo las experiencias corporales en la UCI están mediadas por las tecnologías, especialmente aquellas denominadas

"duras", representadas por dispositivos, máquinas y medicamentos. Interfieren en la interacción del cuerpo de la persona con usted, con los demás y con el entorno. Las experiencias corporales en la UCI transforman el cuerpo activo y reflexivo en un cuerpo desnudo, reducido, limitado y expuesto a medida que el nivel de conciencia se reduce. De esa forma, los significados de la corporeidad en las relaciones de cuidado en UCI se constituyen a partir de la comprensión del cuerpo como una superficie de inscripción de las prácticas y técnicas de los profesionales de salud en el transcurso del tiempo de hospitalización. **Conclusiones:** el cuerpo de la persona hospitalizada en UCI es significado a través de la pasividad y de la aceptabilidad. La sensibilidad carece de espacio, pero se evidenciaron movimientos de reflexión y hacia las acciones posibles para humanizar el cuidado en la UCI.

Palabras clave: Cuidados Críticos; Tecnología; Cuerpo Humano; Unidades de Cuidados Intensivos; Antropología; Revisión.

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um espaço hospitalar que oferece suporte avançado de vida, monitorização hemodinâmica e respiratória de alta complexidade com equipe especializada. Nela, controla-se as condições clínicas de extrema gravidade e risco de morte durante 24 h por dia. As UTI são classificadas segundo o nível de atenção, o grau de complexidade de recursos humanos e tecnológicos que as constituem. Aquelas de tipo III atendem pacientes que necessitam nível de atenção muito elevado; as de tipo II atendem a pacientes que requerem nível de atenção alto e as UTI de nível I, que contemplam os níveis de atenção médio-baixo, ou seja intermediário de cuidado¹.

Os cuidados intensivos envolvem equipe multidisciplinar especializada em avaliar e intervir em situações que envolvem o risco de disfunções orgânicas agudas, ameaçando a continuidade da

vida. Para tal, se apropriam de tecnologias que fornecem suporte aos órgãos, especialmente aqueles que compreendem o sistema respiratório e cardiovascular².

O espaço da UTI tende a ser hostil aos pacientes e aos familiares, tendo em vista a complexidade e variedade de dispositivos, técnicas e materiais utilizados para mediar o cuidado. Na literatura são incipientes os estudos, que abordam o modo como o corpo do paciente é percebido durante os cuidados em UTI, especialmente aqueles que consideram a perspectiva de quem experiencia a hospitalização.

Estudo³ que buscou compreender o significado do ambiente de cuidados em UTI adulto identificou que os profissionais se preocupam, principalmente, com o gerenciamento de recursos e monitoramento dos pacientes, o acompanhamento das famílias, a luta contra a morte e a manutenção das condições do ambiente para o desenvolvimento do cuidado e para os próprios profissionais. Assim, a UTI apresenta um ambiente dinâmico que tem como centro do processo de trabalho a recuperação da saúde e a promoção da vida, que quando não alcançados, geram sensações de frustração e angústia nos atores envolvidos nos cuidados³.

Outra pesquisa⁴, realizada com pacientes em UTI no Brasil, identificou que o isolamento decorrente da internação, o pouco contato com os familiares e a ociosidade em ficar restrito ao leito, podem provocar sentimentos e sensações como insegurança, solidão, estresse, medo de falecer, além de ansiedade por presenciar ou ouvir casos de pacientes que evoluíram ao óbito, ao escutar diagnósticos que não conseguem compreender, por perder a independência ou o controle do próprio corpo⁴.

Devido à gravidade dos pacientes e ao risco de morte, a UTI se torna um ambiente de angústia e medo. Nesse cenário, trabalhar com outros elementos da dimensão humana, para além da física, como por exemplo, a espiritualidade, pode promover alívio do sofrimento. Prestar assistência holística e humanizada na UTI abrange a promoção do bem-estar, conforto e proximidade da família, flexibilizando rotinas, nos momentos críticos aos pacientes⁵.

A vivência da internação na UTI, a partir da humanização promovida pela equipe, pode tornar menos estranho o ambiente ao paciente e a sua família. A aproximação com a família vai além da coleta de informações, trata-se da escuta para que se sinta compreendida, com abertura para questionamentos e a criação de vínculos. Entender a família como parte do cuidado e perceber cada indivíduo como único, com necessidades específicas, facilita a interação e diálogo, gerando respeito mútuo entre as partes, corroborando com o processo de cuidar⁶.

Dessa forma, mostra-se relevante investigar como pesquisas têm analisado as experiências de pessoas hospitalizadas em UTI, como percebem seus corpos e as transformações ocorridas com eles, e como são cuidados neste espaço. Para explorar tais aspectos, elementos da Antropologia do Corpo são potentes. O corpo é o instrumento material e simbólico que media toda e qualquer experiência e relação que caracterizam e fundamentam a pessoa. Por mais que constantemente busca-se apagá-lo, no cotidiano, é justamente nos momentos de adoecimento que a pessoa percebe a necessidade das funções do corpo para tornar possível a sua existência⁷.

A corporeidade diz respeito às estruturas simbólicas e sociais, às representações e às condições que permitem a expressividade do corpo com os outros⁸. Tem relação com gestos, mímicas e rituais, aos usos que os indivíduos fazem do corpo durante o contato com os outros e com o ambiente. Dessa forma, a corporeidade ocorre em meio às práticas atribuídas ao corpo, a partir das formas simbólicas que permitem o indivíduo compreendê-lo e percebê-lo⁷.

Na internação em UTI, o paciente é expropriado do seu próprio corpo e da tomada de decisão, tornando-se dependente das tecnologias e dos profissionais de saúde⁷. As tecnologias são ferramentas passíveis de melhorar ou tratar o corpo doente⁹. A utilização de dispositivos, medicamentos, além de aspectos relacionais, de maneira cautelosa e com razoabilidade, tornam os cuidados qualificados, contribuindo na redução do sofrimento e da sensação de dor¹⁰.

Considerando a temática contextualizada e os conceitos apresentados, este artigo tem como objetivo analisar as experiências corporais nas relações de cuidado em unidade de terapia intensiva.

METODOLOGÍA

Revisão integrativa de literatura, na qual foram empreendidas seis etapas. A primeira envolveu a identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa. A segunda compreendeu o estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem e busca na literatura. A terceira se deu com a definição das informações extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos. A quarta preconizou a avaliação dos estudos incluídos na revisão, na quinta ocorreu a interpretação dos resultados e, por fim, a sexta consistiu na apresentação da síntese do conhecimento¹¹.

Para esta revisão, elaborou-se um protocolo com relação à questão de pesquisa, os conceitos a serem identificados, as bases a serem consultadas, os descritores, além dos critérios de inclusão e exclusão do estudo. Para a construção da questão de pesquisa recorreu-se à estratégia PICO (**P**: participantes – pessoas hospitalizadas em UTI, familiares de pessoas hospitalizadas em UTI, profissionais de saúde atuantes em UTI; **I**: intervenção – cuidados com o corpo do adulto hospitalizado em UTI; **C**: comparação – não se aplica; **Outcomes**: resultados – experiências em relação ao corpo e corporeidade; tecnologia e cuidado em UTI), resultando na questão: quais as experiências corporais nas relações de cuidado em unidade de terapia intensiva?

As experiências identificadas e seus significados tiveram como referencial teórico condutor a Antropologia do Corpo, através das noções propostas pelo antropólogo David Le Breton⁷⁻⁸: corpo e corporeidade. Destaca-se que ao operar com a noção de corporeidade no contexto da UTI, conforme explanado na introdução, inevitavelmente se recorre às noções de tecnologia e

cuidado, as quais constituem o espaço da interação, ou seja, a vida cotidiana⁷ no cenário em questão.

Quanto à seleção, não foi estabelecida delimitação temporal, de modo a permitir maior identificação de estudos. O levantamento ocorreu, inicialmente, entre abril e julho de 2020 nas bases de dados eletrônicas Medline, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), Scopus e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). As bases CINAHL e a Scopus foram acessadas via Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES). Destaca-se que, em um segundo momento, em julho de 2021, foi realizada nova busca, nas mesmas bases, visando identificar novos estudos e atualizar o material de análise.

Os critérios de inclusão foram: artigos oriundos de estudos primários, publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, com a população do estudo composta por adultos maiores de 19 anos, hospitalizados em UTI devido a condições crônicas de saúde, familiares de pessoas hospitalizadas em UTI ou profissionais de saúde no mesmo cenário. Foram excluídas revisões de literatura, dissertações e teses, resumos em eventos.

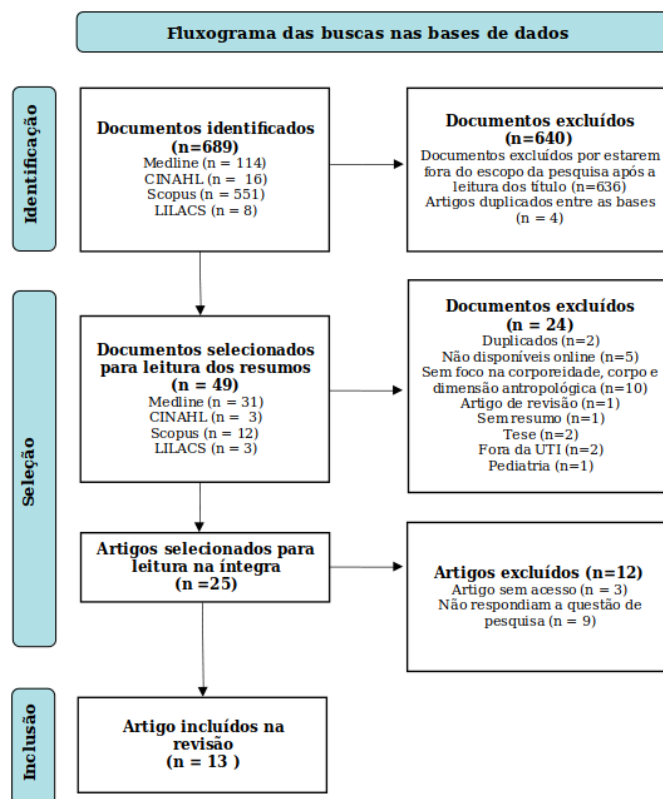
A fim de identificar os estudos, elegeu-se os *Medical Subject Headings* (MESH) *terms Technology, Intensive Care Units, Human Body, Anthropology Cultural, Biomedical Technology e Physical* e os seus respectivos Descritores em Ciências da Saúde (DECS) em português. Em todas as bases foram realizadas as mesmas associações utilizando o operador booleano AND: *Technology AND Intensive Care Units AND Human Body, Anthropology Cultural AND Intensive Care Units AND Technology, Anthropology Cultural AND Intensive Care Units AND Technology, Human Body AND Biomedical Technology AND Intensive Care Units, Intensive Care Units AND Physical*.

No primeiro levantamento, identificou-se 96 artigos na Medline, 14 na CINAHL, 370 na *Scopus* e cinco na LILACS. Destes, 20 foram selecionados para leitura na íntegra. Ao final, 10 artigos

integraram o material de análise por, efetivamente, responderem à questão da pesquisa. No segundo levantamento, identificou-se 18 artigos novos na PubMed, dois na CINAHL, 181 na Scopus e três na LILACS. Dentre eles, cinco foram mantidos para leitura na íntegra. Ao final, três artigos foram incluídos para a nova composição do material de análise, o qual foi constituído de 13 artigos.

Na figura 1 está representado o Fluxograma da seleção dos estudos, compreendendo a totalidade de artigos dos dois momentos de busca, conforme as recomendações Principais Itens para Relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses - PRISMA*), 2020.

Figura 1. Fluxograma da seleção dos estudos.



Fonte: dados da pesquisa, 2021.

Os dados foram organizados no Programa *Google Planilhas*, a partir da extração das seguintes informações: título, autores, ano, revista, país, objetivo, referencial teórico, desenho do estudo,

país, tipo de amostragem, participantes (características e números), técnica de coleta de dados, organização e análise, principais resultados e conclusões.

Para a análise crítica do desenho metodológico dos estudos qualitativos foi utilizado um checklist, adaptado do guia *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)*¹². Essa avaliação foi feita de maneira independente por duas pesquisadoras doutoras, com experiência em pesquisa qualitativa. Posteriormente, foi estabelecido consenso entre os itens avaliados para compor o quadro com a análise final. Para os estudos quantitativos, avaliou-se o delineamento por meio da classificação do nível de evidência¹³. Os dados oriundos da extração dos principais resultados dos estudos foram analisados de forma descritiva e por aproximação dos temas com base na similaridade, a partir de conceitos pré-estabelecidos¹⁴, a citar: corpo, corporeidade, tecnologia e cuidado. Assim, foram construídas duas categorias: “O corpo nas relações de cuidado” e “As experiências corporais mediadas pela tecnologia”.

RESULTADOS

Os 13 estudos que compuseram a análise estão apresentados no Quadro 1.

Quadro 1. Material empírico de análise.

Código	Ano	Revista	País
A1 ¹⁵	1999	<i>Social Science & Medicine</i>	Reino Unido
A2 ¹⁶	2005	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Brasil
A3 ¹⁷	2007	<i>Intensive and Critical Care Nursing</i>	Suécia
A4 ¹⁸	2008	Estudos de Psicologia	Brasil
A5 ¹⁹	2011	Revista Gaúcha de Enfermagem	Brasil
A6 ²⁰	2013	<i>Nursing in critical care</i>	Reino Unido
A7 ²¹	2013	<i>Nursing in critical care</i>	Tailândia
A8 ²²	2014	Texto e Contexto Enfermagem	Brasil
A9 ²³	2016	<i>Health</i>	Espanha, França, Noruega
A10 ²⁴	2017	<i>International Journal of Nursing Studies</i>	Dinamarca
A11 ²⁵	2018	<i>Intensive and Critical Care Nursing</i>	Suécia
A12 ²⁶	2020	<i>American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine</i>	Estados Unidos da América
A13 ²⁷	2020	<i>OMEGA - Journal of Death and Dying</i>	Espanha, França, Noruega

Fonte: dados da pesquisa, 2021.

No quadro 2, apresenta-se o resultado da avaliação do delineamento dos estudos qualitativos.

Foram identificados dois estudos quantitativos, os quais foram classificados no nível IV²⁵ e VI¹⁸. Também, um¹⁶ dos estudos qualitativos se tratava de uma análise documental, vinculada ao referencial Pós-estruturalista, não cabendo análise do desenho metodológico por meio do quadro.

O corpo nas relações de cuidado

Dentre as possibilidades de compreensão do corpo, no contexto da UTI, há a perspectiva do *ciborgue*, ou seja, um corpo constituído por aspectos biológicos e tecnológicos, o qual tem sua funcionalidade e vitalidade mediados por dispositivos, máquinas e pessoas do espaço da UTI. Corpo entendido como território de acolhimento, sobre o qual se exercem forças a partir das relações de poder, lugar de recebimento, de transmissão, de passagem de entidades materiais e imateriais¹⁶.

O corpo da pessoa hospitalizada em UTI também foi compreendido como elemento que tem a capacidade de responder às práticas das equipes médicas e de enfermagem, as quais visam ganhar tempo, para que ele responda com a cura. O corpo, nessa perspectiva, determina o tempo de recuperação e tem a capacidade de regenerar-se²⁷.

Conforme o tempo de internação, o corpo da pessoa hospitalizada em UTI está sujeito a transformações em termos de memória e da vida social. Isso porque pacientes na UTI comumente sofrem de múltipla falência de órgãos, podem estar intubados, inconscientes, sedados, com presença de cateteres, modificando a aparência física em virtude do tratamento, repercutindo na dimensão psicológica^{23,25}.

Quadro 2. Análise do delineamento dos estudos qualitativos.

Artigo	Orientação metodológica	Amostragem	Participantes	Local da coleta de dados	Análise	Coleta de dados
A1 ¹⁵	Estudos de caso Etnografia	Proposital	14 indivíduos gravemente enfermos hospitalizados em UTI que faleceram ou estiveram próximos da morte e 13 familiares (cinco homens e oito mulheres)	UTI de dois hospitais (Ocidental e Oriental)	Comparação entre os casos, semelhante à análise comparativa constante de Glaser e Strauss, e da análise indutiva de Denzin	Entrevista, observação focada e análise documental
A3 ¹⁷	Etnografia, Perspectiva Sócio-cultural	Não descreve	Oito enfermeiras e quatro anestesistas	(Local calmo de) UTI de um hospital de médio porte no oeste da Suécia	Busca indutiva - sustentada em Hammersly and Atkinson, Kvale - por categorias que explicassem o significado e o sentido de tecnologia para os informantes	Entrevista
A5 ¹⁹	Estudo descritivo-exploratório	Não descreve	10 pacientes, três mulheres e sete homens com nível de consciência preservado, internados em UTI por, pelo menos, 48 horas	Unidade de terapia intensiva adulto em um hospital filantrópico de um município do sudoeste de São Paulo	Análise de Conteúdo, de Laurence Bardin	Entrevista semiestruturada
A6 ²⁰	Etnografia	Proposital	19 profissionais de saúde, 13 enfermeiras (Oito enfermeiras foram observadas. Dentre essas, três não foram entrevistadas), um médico e dois fisioterapeutas	Unidade de terapia intensiva de um hospital geral	Análise comparativa constante, de Glaser e Strauss	Observação participante, revisão de documentos e entrevista semiestruturada
A7 ²¹	Fenomenologia hermenêutica	Não descreve	10 pacientes (sete homens e três mulheres) que eram dependentes de tecnologias para o cuidado - ventiladores mecânicos, marca-passos cardíacos e hemodiálise - e receberam alta de uma UTI	Unidade de terapia intensiva adulto no sul da Tailândia, Domicílio dos participantes e escritório dos pesquisadores	Fenomenologia hermenêutica de Van Manen	Entrevista Narrativa

A8 ²²	Pesquisa de campo, de abordagem qualitativa, com aplicação da Teoria das Representações Sociais, na vertente processual	Não descreve	21 enfermeiros, 17 mulheres e quatro homens	sala reservada da UTI de um hospital federal do Rio de Janeiro/Brasil	Mapeamento dos conteúdos	Entrevista individual com roteiro de questões semiestruturadas
A9 ²³	Etnografia	Não descreve	24 Funcionários da unidade de terapia intensiva: nove médicos, 12 enfermeiras e três auxiliares de enfermagem	Três UTI, de diferentes países: Espanha, França e Noruega	Não descreve	Observação participante e entrevista semiestruturada
A10 ²⁴	Descrição Interpretativa, uma abordagem indutiva aplicada e qualitativa inspirada na etnografia, na teoria fundamentada e na fenomenologia	Não descreve	28 pacientes, homens e mulheres com idade entre 36 e 86 anos (que estiveram sob ventilação mecânica por, pelo menos, três dias e receberam alta) foram observados, 20 pacientes participaram da primeira entrevista e 13 da segunda	Duas UTI de um hospital universitário na Dinamarca e domicílio dos pacientes.	Análise temática, interpretativa e descritiva, conforme proposta de Sally Thorne	Observação participante e entrevista semiestruturada
A12 ²⁶	Etnografia	Não descreve	212 profissionais (administradores, médicos, enfermeiras e fisioterapeutas)	Oito hospitais de cuidados agudos de longa duração dos Estados Unidos da América	Não descreve	Entrevista, observação direta, análise documental
A13 ²⁷	Etnografia	Não descreve	Nove médicos, 12 enfermeiras e três técnicas de enfermagem	Três UTI's, de diferentes países: Espanha, França e Noruega	Não descreve	Observação participante, Entrevista semiestruturada, Conversas informais

Fonte: dados da pesquisa, 2021.

Com a hospitalização, se reduz a capacidade de interagir, expressar necessidades, desejos e preocupações individuais, ou seja, modificam-se as funções do corpo enquanto instrumento de comunicação e interação com o mundo. Entretanto, o mínimo de vigilância e estado de alerta presentes permitem o testemunho, mesmo que involuntário, do sofrimento de outros, o que afeta a percepção de si²⁴.

Além disso, pessoas hospitalizadas na UTI percebem transformações no modo como os profissionais se relacionam com seu corpo. Isso ocorre quando a equipe não se apresenta durante os cuidados, há excesso de pressa, não explicam o tratamento, realizam interrupções do sono para rotinas, ou quando a atenção é direcionada aos aparelhos. Nessas circunstâncias, o corpo se torna um objeto a ser manipulado¹⁸.

A equipe de Enfermagem, ao mesmo tempo que pode acolher, pode simbolizar um estressor aos pacientes. Esse estresse se deve ao envolvimento direto na vigilância do corpo, registrando e controlando alterações, reposicionando, higienizando, realizando curativos e coletando exames. Para realizar tais cuidados, dispositivos tecnológicos auxiliam na otimização do tempo de trabalho e disponibilidade da equipe. Entretanto, há o risco de os pacientes não serem vistos como seres humanos, dotados de uma biografia, história, tornando-se mais um tipo de dispositivo a ser manuseado¹⁷.

Para enfermeiros, o paciente representativo do cenário da UTI - e com os quais possuem maior interesse em trabalhar - é aquele que apresenta gravidade clínica, está sedado, intubado e tem potencial de recuperação²². A ciência e a tecnologia incorporadas pela área da saúde resultam em certeza e confiança por parte das pessoas, ao mesmo tempo provocam dúvidas e incertezas, pelo modo fragmentado e reducionista como os cuidados, a atenção em saúde e o corpo¹⁵.

Destaca-se que o uso de tecnologias, representadas por sondas, tubos e cateteres, não ocorre sem algum tipo de resistência. Na natureza, essas tecnologias não fazem parte daquilo concebido como o corpo biológico. Geralmente, pacientes sentem o desejo, consciente ou não, de remover esses dispositivos, especialmente no despertar da sedação. Na UTI, devido à presença da ideia de fazer o que deve ser feito a qualquer custo, percebe-se, por um lado, certa violência ao manipular o corpo do paciente, já que por vezes não se considera a pessoa em si. Por outro lado, é graças às tecnologias e intervenções sobre o corpo que será possível garantir a continuidade da vida, independente se essa será com qualidade ou não²³.

Ainda, o corpo atravessado por tubos e múltiplos equipamentos de monitorização associa a ideia da morte na UTI com sofrimento. A pessoa e/ou seus familiares modificam seus entendimentos sobre a morte a partir da relação com este corpo. Não se tem mais medo dela, mas há a sensação de impotência, medo do abandono, do desconhecido e do tornar-se um objeto nas mãos dos profissionais¹⁹.

Os pacientes na UTI vivenciam o sofrimento a partir da sensação de não serem eles mesmos enquanto dependem de tecnologias para o cuidado. É como se o corpo fosse estranho a si e a existência se resumisse aos aparelhos e dispositivos, que quando possuem ruídos, causam medo, pois indicam instabilidade e possibilidade de morte. Dependendo do nível de sofrimento, algumas pessoas até preferem morrer a terem seus corpos reduzidos a máquinas²¹. Assim, quando a morte ocorre na UTI, ela passa a ser mediada pela tecnologia, expropriada da pessoa que está, na maioria das situações, inconsciente e sem domínio de si em virtude da sedação²⁷.

O cuidado relacionado ao corpo apareceu como elemento importante na UTI, não sendo apenas uma questão de vaidade ou estética, mas uma maneira de manter a identidade da

pessoa, protegendo-a da violência da exposição. Apresentar-se e identificar-se, chamá-la pelo nome, informá-la sobre cada procedimento e inseri-la na rotina por meio de linguagem verbal e não-verbal, foram identificadas como ações de cuidado que favorecem a relação da equipe de enfermagem com o corpo do paciente neste contexto²³.

O cuidado na UTI envolve o tempo e as práticas que as equipes médicas e de enfermagem ofertam para possibilitar ao corpo responder às necessidades de saúde. Quando a morte ocorre, profissionais a entendem como falha²⁸. Nesse espaço, doentes mais graves são privilegiados por meio da atenção dada aos seus dados objetivos e o desfecho que a partir deles pode ocorrer. A resposta imediata a uma ação ou dado é mais valorizada que a interação em profundidade. Dessa forma, pacientes lúcidos e acordados tendem a receber menos atenção da equipe de enfermagem, especialmente dos enfermeiros, que priorizam o tempo às atividades burocráticas e interagem pontualmente com os pacientes²².

As relações de cuidado com o corpo envolvem habilidades práticas e de tomada de decisão, incluindo a avaliação física, psicológica e técnica, nesse processo, máquinas auxiliam os profissionais²⁰. Em um dos estudos, enfermeiros expressaram que a tecnologia (como respiradores, bombas de infusão e monitores) não era completamente confiável, enfatizando a necessidade de observar a condição dos pacientes e não apenas confiar no aferido por monitores. Reforçaram a importância de atentar para aspectos como o sono e o bem-estar durante a internação na UTI¹⁷.

Em relação ao desmame da ventilação mecânica, um dos artigos discorreu sobre cuidado eficaz, definido por uma compensação entre dois atributos: a agressividade do cuidado e a capacidade de resposta do corpo ao cuidado²⁶. Agressividade é o grau de gestão do ventilador em relação ao progresso fisiológico diário do paciente. Por exemplo, quando

profissionais evidenciam ventilação espontânea após tentativa de extubação, o paciente pode solicitar suporte ventilatório, e os profissionais insistirem na redução do suporte.

Nesses casos, o resultado pode ser positivo, caso o paciente não dependa mais do ventilador e sobreviva. Se torna negativo, caso o paciente não tolere e presencie-se efeitos indesejáveis e adversos decorrentes das intervenções profissionais. A capacidade de resposta é o grau de prioridade dos profissionais que realizam a gestão do ventilador em acordo com o progresso e sugestões diárias do paciente. Por exemplo, os autores relatam que o cuidado responsivo pode se manifestar pelo encerramento precoce de uma tentativa de respiração espontânea ao se perceber fadiga do paciente. Ao respeitar o tempo, tolerância e resposta é possível se chegar ao resultado esperado, no caso a extubação, evitando-se esforços durante e decorrentes do processo de cuidado.

Os profissionais devem encontrar o equilíbrio entre esses dois atributos em acordo com a capacidade de cada paciente. Esse equilíbrio é possível mediante à incorporação da visão e conhecimento do paciente sobre sua situação, aliada à informação e à tomada de decisão compartilhada com eles²⁶. Tem-se, nessas situações, um corpo que é reflexivo – capaz de pensar, avaliar e decidir sobre si em conjunto com os profissionais. Condição possível quando o paciente está lúcido, e ciente de sua condição. Quando consegue olhar e perceber seu corpo no espaço em que se encontra.

Corroborando, é relevante o controle eficaz da dor e informar os pacientes sobre seu tratamento. Variáveis como comunicação eficaz, música para promover relaxamento, diminuição da sensação de isolamento e fotografias de familiares seriam contribuições possíveis para minimizar os impactos sofridos na UTI¹⁸. Proporcionar conforto físico, emocional ou espiritual podem fazer a diferença no cuidado ao paciente e sua família. Para tal, a elaboração de planos de cuidados individualizados com informações sobre o

tratamento pode contribuir no trabalho em equipe e auxiliar a enxergar o paciente enquanto pessoa²⁰. O cuidado também passa a ser compreendido como a comunicação com os familiares, envolvendo o fornecimento de informações de maneira gradual, de modo a respeitar os desejos²⁷.

Em um dos estudos, pacientes que estiveram hospitalizados em UTI manifestaram reconhecimento à dedicação e ao atendimento contínuo prestado pela equipe e enfatizaram que esse cuidado se diferenciava de outros setores por onde haviam passado. Mencionaram a equipe de saúde como fundamental para a adaptação no espaço, diminuindo o impacto negativo da internação. Pelo fato de estarem distantes dos familiares e amigos, a equipe representava a extensão da família¹⁹. Dado corroborado pelos participantes de outro estudo, que relataram confiança na equipe, o que fez com que se sentissem seguros, como se estivessem em suas casas, demonstrando vínculo com médicos e enfermeiros²¹.

Pacientes consideraram visitas de acompanhamento como valiosas e úteis para se ajustar ao tempo na UTI, pois podiam discutir experiências com a equipe, minimizando ansiosos, colaborando com a recuperação²⁵. Familiares relataram alívio pela pessoa estar sob cuidados da equipe da UTI. Nessas situações, apesar do início repentino da doença e das intervenções instituídas, o momento da morte foi lembrado como oportuno, e sua gestão retratada como essencialmente compassiva e humanizada¹⁵.

As enfermeiras foram identificadas como profissionais que visam à integridade do corpo do em casos de óbito, contendo líquidos, fechando portas ou cortinas, controlando ruídos e tocando o corpo; todavia, em situações que não é possível tal cuidado, devido às emergências e a família estando presente, pode parecer descuido. Por esta razão, em

algumas situações, prefere-se que familiares não permaneçam junto ao corpo no momento do óbito²⁷.

Pacientes internados em UTI relataram gostar de serem cuidados pelo mesmo enfermeiro. A maioria deles conseguia descrever as diferenças entre aqueles que observavam, tinham paciência e estavam mais dispostos a colaborar e tratá-los como pessoas. Ações em relação às experiências dos pacientes foram percebidas como importantes, permitindo que se sentissem respeitados e com algum controle das ações, mesmo que não fossem realizadas sozinhas. Quando não conseguiam chamar uma enfermeira, devido à fraqueza corporal, pareciam confortados por tê-las próximas à beira do leito²⁴. Constatou-se, em um dos estudos, que enfermeiras mulheres tendem a valorizar as vivências individuais, o contexto de vida e suas influências no adoecimento. Também costumam mostrar-se mais abertas ao diálogo com familiares²².

As experiências corporais mediadas pela tecnologia

Nos estudos, a corporeidade esteve evidenciada pelo modo como os pacientes usam seus corpos para se relacionar consigo, com a família, com o espaço e com os profissionais a partir das suas experiências durante a hospitalização. As experiências dos corpos - que se encontram em situação crítica - na UTI são mediadas majoritariamente pela tecnologia. As relações e interações do corpo com o mundo ocorrem por meio de gestos, movimentos dos olhos e/ou lábios para transmitir e se comunicar com a equipe de saúde e os familiares utilizando quadros de alfabeto, de figuras, escrita livre ou em um computador. Ainda, uma forma de comunicação com o mundo é por meio da escuta das conversas sobre a vida íntima entre os enfermeiros, enquanto estes realizam os cuidados²⁴.

O conceito de tecnologia em UTI foi identificado na relação e descrição de equipamentos, tais como ventiladores mecânicos, cateteres, dialisadores, monitores e desfibriladores.

Em um¹⁶ dos estudos, as autoras indicaram a existência de uma polaridade humano/máquina, hierarquizada, onde cada um dos pólos dessa relação é posicionado em esferas distintas, sendo a máquina, nesse caso, o polo posicionado como secundário e de menor importância no atendimento ao paciente na terapia intensiva.

Entretanto, os equipamentos são essenciais para o trabalho em UTI, sendo responsáveis pela viabilidade e segurança dos cuidados ofertados. Sugere-se que a tecnologia não seja pensada como algo externo ao paciente e ao profissional, mas como um elemento constituinte dessa relação¹⁶.

No cotidiano da UTI, as tecnologias representam uma espécie de tradutor do corpo dos pacientes, que tornam possível visualizar a doença e objetivar intervenções. Além disso, são uma forma de suprir a ausência do enfermeiro na beira do leito²². Observar e interpretar os monitores de cada paciente são ações inerentes ao trabalho em UTI²⁷. Por isso, adaptar-se e compreender os dispositivos tecnológicos pode levar tempo, mas é essencial para acompanhar o paciente, especialmente quando há limitação de profissionais e a carga de trabalho é elevada^{20,22}. O processo de interpretá-las no cotidiano da assistência faz com que o cuidado em UTI não seja um ato mecânico em si, mas exige um olhar profissional quanto à sua utilização¹⁷.

Dentre as tecnologias identificadas pelos pacientes, estavam tubo orotraqueal, sedação, linhas intravenosas, drenos cirúrgicos e cateteres²⁴⁻²⁵. Nesses estudos, abordou-se como pacientes se sentiam frente à sedação e à intubação, além do impacto do uso de tecnologias no pós-alta, na memória, humor e aparência.

A presença de dispositivos em pacientes graves, os quais são submetidos a procedimentos dolorosos, separados de seus familiares, ratifica a ideia da UTI como o espaço que abriga as mais recentes tecnologias que podem garantir a cura. Ao mesmo tempo que simbolizam

a possibilidade de vida, representam sofrimento devido ao distanciamento, isolamento e impessoalidade com o que o corpo passa a ser cuidado. As imagens de pessoas com tubos e sondas na boca e narinas, a ausência de comunicação verbal e o ambiente frio repercute em medo, solidão e desconforto mesmo aos que experimentaram hospitalizações prévias na UTI¹⁹.

Ao mesmo tempo que as tecnologias permitem a previsibilidade de determinadas circunstâncias, elas podem ser angustiantes aos familiares. Um exemplo mencionado em um dos estudos²⁷ é o monitor cardíaco. Como o traçado evidenciando ausência de atividade elétrica cardíaca é comumente difundido em filmes ou séries, e denota a possibilidade real de morte, por vezes, retiram-se as telas de monitoramento da beira do leito, mantendo-as em salas privativas aos profissionais para evitar distração de familiares com equipamentos ao invés de centrarem-se na pessoa durante as visitas.

Em contrapartida, estudos evidenciaram que familiares tendem a se sentir seguros e despreocupados após internação de um membro da família na UTI, devido à confiança na presença constante de funcionários capacitados a lidar com pessoas em estado crítico. Dessa forma, existe uma percepção de que, caso a morte aconteça, ela se torna menos dolorosa por acontecer em um ambiente controlado^{15,21}. Em um dos estudos²⁷, evidenciou-se que quando a morte está próxima e há suspensão de tratamento, dispositivos são removidos, exceto aqueles que podem auxiliar em cuidados paliativos, aliviando sintomas, promovendo sensação de segurança e conforto aos familiares.

Na UTI, enfermeiros vigiam pacientes, detectam alterações e se apropriam de técnicas para promover a recuperação. No entanto, tecnologias humanas e relacionais, como estabelecer comunicação ou possibilitar o compartilhamento da experiência de

adoecimento e a participação da família no cuidado, podem ser utilizadas para tornar as práticas de cuidado menos impessoais²¹.

A falta de palavras em UTI é frequentemente substituída pelos sons dos órgãos mediados por tecnologia. O coração monitorado, os pulmões controlados mecanicamente, os rins em diálise. Todos eles conversam constantemente com o ambiente externo. Nesse cenário, o maquinário não surge para substituir determinadas funções, como uma entidade independente do paciente, pelo contrário, ele é parte incorporada e, portanto, integrada ao seu corpo²³.

Assim, médicos explicam sua relação com a tecnologia por meio da prescrição de medicamentos, infusões, definição de padrões no ventilador mecânico e enfermeiros visualizam as tecnologias como forma de tornar mais prático e seguro seu trabalho, tornando os registros mais precisos¹⁷. Especialmente os enfermeiros consideram a tecnologia decisiva na prática clínica e facilitadora na orientação de condutas²². Porém, pode constituir um risco quando os pacientes são percebidos como um objeto^{17,19,22}.

Quanto à relação do corpo da pessoa com os familiares, estudo²⁸ analisou o desmame ventilatório e a integração de membros da família no processo. Os profissionais perceberam que familiares reduziam a ansiedade dos pacientes. Nessas situações, os profissionais consideravam pacientes e familiares como parte da equipe, que contribuem para melhorar o plano de cuidados durante a internação. Quando os pacientes não apresentam boa progressão, as famílias tendem a desorganizar ou atrapalhar a coordenação de cuidados e quando ocorre o contrário, elas tornam as ações mais efetivas. Pacientes com maior grau de lucidez, às vezes, manipulam deliberadamente seus dispositivos e acionam alarmes como tentativa de comunicação, além de demonstrar participação e inserção na dinâmica da UTI²³. Mesmo após a estabilidade, alguns se

sentem mais protegidos e seguros com a permanência da vigilância pela equipe de saúde.

Além disso, passam a solicitar informações e explicações sobre procedimentos, de forma a reduzir a ansiedade e a confusão²⁰.

A estabilidade clínica depende de alguns fatores, um deles é o processo de retirada de determinadas tecnologias. Essa transição, denominada de “desmame”, pode causar sofrimento, dor, dispneia, incapacidade de comunicação, sono inadequado, além de desesperança e incerteza²¹. Esses fatores favorecem a insegurança, pois os pacientes acreditam que as relações de seus corpos com o mundo dependem da tecnologia¹⁹.

Além dos dispositivos, pessoas na UTI sentem como se suas vidas dependessem dos profissionais e, por vezes, não conseguem expressar suas necessidades²¹. Assim, o monitoramento é importante, mas o vínculo e a segurança transmitidos na relação pessoal têm valor, sendo reconfortante durante a hospitalização¹⁶.

Pessoas hospitalizadas em UTI relataram sensação de desconforto por sentirem-se dependentes das máquinas, perda de controle sobre o próprio corpo, desconhecimento do ambiente, iluminação constante, interrupção do sono, monitorização contínua, ausência de atividade e falta de privacidade para eliminações fisiológicas¹⁹. Aquelas que permanecem despertas e conscientes tendem a suportar melhor situações percebidas como estressoras pela compreensão da rotina vivenciada¹⁸.

Quando se identifica que a proximidade da morte, equipes buscam manter a privacidade e tornar o ambiente tranquilo²⁷. Em UTI norueguesa, profissionais acendem uma vela indicando o momento. Em UTI francesa, alimentos e bebidas são oferecidas à família. Nas horas finais, em algumas situações limpa-se e organiza-se o quarto, tenta-se o controle do sofrimento e oportuniza-se a presença do familiar mais próximo para promover despedidas sem interrupções²⁷.

DISCUSSÃO

Nesta pesquisa, evidenciou-se fragilidade quanto à descrição do método nos estudos. Em sua maioria, a forma de amostragem não estava descrita^{17,19,21-24,27-28}. A entrevista foi privilegiada como técnica de produção de dados, tendo sido utilizada especialmente em etnografias^{15,17,20,23-24,27-28}, sustentadas teoricamente na Fenomenologia, para compreender o fenômeno da hospitalização em UTI. Entretanto, a forma como os conceitos foram operacionalizados e o tipo de análise empregada não estavam descritos o suficiente no método de alguns estudos^{22-23,27-28}.

No que tange ao rigor metodológico em pesquisa qualitativa, há diferentes pontos de vista sobre o estabelecimento de padrões de descrição e critérios de qualidade. Algumas correntes argumentam que não é cabível estabelecer tais padrões e criar instrumentos ou etapas que tornam rígidas e divergem dos preceitos filosóficos e pressupostos da abordagem qualitativa, sobretudo os que se referem à subjetividade. Outras trazem a importância de sistematizar critérios de qualidade, os quais seriam úteis para nortear avaliações²⁹.

Instrumentos ou guias visam aportar maior transparência e organização aos relatórios oriundos de pesquisa qualitativa. Por mais que pareçam tornar rígida a escrita e, de certa forma, “enquadrá-la”, favorecem a descrição pormenorizada. Tal descrição é relevante, pois clarifica os motivos da escolha pelo delineamento, a convergência com o objeto de pesquisa, ao mesmo tempo em que minimiza a omissão em relação aos procedimentos realizados, os quais são fundamentais para sustentar os resultados²⁹. Dessa forma, acredita-se ser relevante que outras pesquisas realizadas em UTI, com a abordagem qualitativa, aprimorem a qualidade da descrição metodológica e teórica com vistas a qualificar, potencializar e aprofundar as análises.

Verificou-se que os participantes eram majoritariamente profissionais de saúde em detrimento de pessoas hospitalizadas em UTI e suas famílias. Isso denota a relevância de torná-las protagonistas do cuidado que ocorre no cotidiano deste cenário, mas também nas pesquisas. Ouvi-las e considerar suas experiências serve como um disparador para a transformação da relação com as tecnologias na UTI e das relações que os profissionais têm com o corpo assistido e o ambiente, sendo fundamentais para resgatar o caráter humano do cuidado.

Estudo qualitativo desenvolvido na Noruega³⁰ teve por objetivo conhecer a experiência da hospitalização em UTI e os efeitos no período pós-alta. Os 29 participantes relataram diferentes sensações, sendo possível as enfermeiras caracterizarem, a partir de suas falas, a experiência do delírio, do delirium, da confusão e de alucinações, algo que evidenciou a importância de detecção precoce desses sintomas, de forma a minimizar a ansiedade e o estresse durante a hospitalização em UTI. Além disso, demonstrou a importância de as equipes considerarem a individualidade e a diferença dessas experiências entre os pacientes.

No mesmo estudo, a família e os amigos foram considerados como a principal fonte de informações durante a recuperação pós-alta e de recordações do período em que os participantes estiveram na UTI³⁰.

As experiências e sensações vivenciadas durante a hospitalização na UTI evidenciadas nos artigos analisados nesta revisão, tais como o medo, a ausência, a percepção de sons e ruídos, a imobilidade e o toque^{19,21,24-25}, permitem o reconhecimento de ainda estar/sentir-se vivo através do corpo. O corpo pode ser compreendido como uma materialidade composta de um somatório de substâncias. Trata-se da forma pela qual cada indivíduo se apresenta no mundo e o instrumento que media toda e qualquer experiência. Sob algumas

perspectivas, ele é uma possibilidade de exterioridade da “alma”. Alma não com um sentido religioso, mas como algo que representa o princípio da vida, que contém a “marca” de cada sensação vivida, de cada relação tecida em um tempo e um espaço³¹.

O corpo é uma entidade singular e característica de cada ser. Na UTI, ele está exposto a procedimentos e exames de rotina, sofrendo sucessivas mudanças. Como percebido nos estudos, a mecanização do processo de trabalho expõe o corpo. Por vezes, profissionais não esclarecem procedimentos, não se apresentam ao paciente, não promovem ou tentam resgatar o mínimo da dignidade. Dignidade entendida como algo subjetivo, que está em constante construção e dependerá de diversos fatores, internos e externos, da valorização pessoal e social³². A pessoa, sua individualidade e personalidade, são reduzidos a um corpo doente, também denominado de paciente, que precisa das tecnologias para sobreviver. A doença, para além de um fenômeno biológico, representa um estado ou maneira de ser no mundo, ou seja, ela determina como as pessoas passam a se relacionar com seus corpos, significá-los e posicioná-los no mundo⁹. Determina, ainda, as relações entre a pessoa doente com aqueles que dela cuidam.

Assim, na UTI, o corpo da pessoa entregue aos cuidados profissionais, invadido por dispositivos, é um corpo exposto ao julgamento de outrem. Um corpo nu, despido de proteção social e familiar, submerso em um espaço simbólico, com rituais, rotinas e inconvenientes. Um corpo cercado de pudores. Pudor compreendido como o medo de ser visto e percebido através de posturas e gestos que lhes são íntimos. Durante a hospitalização, esse corpo será submetido às referências sociais, religiosas e culturais, por vezes, diferentes das suas, mas que são utilizadas na tentativa de tornar os corpos uniformes e homogêneos para receberem cuidados. A dinâmica do trabalho na UTI reduz os corpos a uma única função, ou seja, aquela de exercer o papel de paciente,

descentrando-se de si, adotando uma postura de banalização em relação aos cuidados. Postura essa reproduzida por aqueles que cuidam e que tornam o corpo do doente cada vez mais invisível³³.

No que se refere à corporeidade, essa diz respeito a forma com que o corpo se relaciona com o mundo ao seu redor por meio do ver, do ouvir, do comer, do sentir e do tocar⁸. Assim, o significado de corporeidade nas relações de cuidado na UTI, a partir dos estudos, esteve vinculado à forma como o corpo se comporta e se transforma diante da exposição e uso das tecnologias devido ao adoecimento. A internação na UTI, a doença, as mudanças sofridas, o isolamento da família e da vida social repercutem em sentimentos de angústia e medo do desconhecido.

Nessa direção, as tecnologias despontam, no contemporâneo, e especialmente na UTI, como o grande invisibilizador do corpo. Elas buscam, como mencionado anteriormente, a homogeneização para viabilizar a sistematização e padronização de cuidados ofertados pelos profissionais. Tecnologias são ações de trabalho com intuito de transformar as relações da natureza que ocorrem em um determinado espaço. São um conjunto de ferramentas e pessoas com conhecimentos que a partir de uma ação resultam em um produto³⁴.

As tecnologias leve, dura e leve-dura se definem da seguinte forma: a leve refere-se as tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho; a dura é referente ao uso de equipamentos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais; a leve-dura diz respeito aos saberes bem estruturados, que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo e o fayolismo³⁵.

A UTI requer elevado grau de especialização do trabalho e exige do trabalhador capacitação e educação permanente. Além disso, as situações vivenciadas demandam preparo emocional e técnico diferenciado das demais unidades de internação. Assim, a tecnologia deve ser integrada ao paciente de forma a prolongar seu conforto e qualidade na continuidade ou final de vida. É essencial, mas deve complementar o olhar ao corpo e não ser a certeza definitiva. Apesar da sua relação com dor e sofrimento, as tecnologias descritas nos estudos também estiveram associadas à segurança que alguns pacientes e familiares sentem nesse ambiente tecnológico^{15,18-19,21,23-24,27-28}.

Dessa forma, as tecnologias duras, evidenciadas nos artigos pelos dispositivos de saúde e medicamentos, foram significadas como algo que protege, que permite o conforto e a certeza de um cuidado adequado, visão sustentada nos saberes científico e biomédico, os quais ordenam o mundo atual e refletem na compreensão de saúde na maioria das culturas. Para além, refletem nas formas de representação do corpo e naquilo que se acredita ser cabível e pertinente de investir enquanto cuidado⁷.

Apesar da segurança clínica e respaldo na aplicação dos cuidados garantida pela densidade tecnológica presente na UTI, é necessária a incorporação de tecnologias leves às rotinas de cuidado adotadas pelos profissionais. Esta incorporação, pode resultar na humanização do cuidado, integrando tecnologia e sensibilidade, respeitando os desejos do paciente e da família³⁶.

O verbo cuidar é polissêmico, de origem no latim e diretamente ligado à cura. Apesar disso, vale lembrar que a cura não existe sem o cuidado, mas o cuidado ocorre independente da cura³⁷. A UTI é um espaço que pode viabilizar o cuidado tanto para a recuperação e cura quanto para o conforto no final da vida.

Na presente revisão, o cuidado na UTI apareceu vinculado à humanização, ao conhecimento teórico-prático, à participação da família na hospitalização, à promoção do respeito, autonomia e segurança do paciente. No espaço da UTI não há cuidado de enfermagem ao paciente crítico sem a tecnologia. Essa tecnologia modula os gestos e o desempenho dos profissionais de enfermagem com os seus próprios corpos. Assim, evidenciou-se dependência desses profissionais em relação às técnicas e aos dispositivos de saúde^{16-17,19,22}, denotando que o cuidado em UTI parece ter predominância do uso das tecnologias duras.

Ao mesmo tempo, observou-se movimentos em direção à responsabilidade de manter a dignidade e individualidade do paciente, respeitando seus desejos, vontades e necessidades. Para tal, é imprescindível a articulação entre o saber científico e a sensibilidade na tomada de decisões, respaldada no pensamento crítico-reflexivo. Desta maneira, é possível ofertar cuidado individualizado e holístico, capaz de solucionar agravos, concomitante à redução da fragmentação e despersonalização do ser humano³⁸. Um aspecto fundamental é a inserção da pessoa no seu cuidado²¹⁻²³, pois a despersonalização influencia no prognóstico, visto que diante do adoecimento, a vida modifica-se, promovendo rupturas em biografias e transformando identidades³⁹. Uma das estratégias para tal, consiste em estabelecer uma comunicação terapêutica que seja ativa durante todo processo de cuidado, para assim manter um atendimento humanizado, o qual só é possível a partir do momento em que a equipe de saúde busca compreender as experiências de adoecimento individuais, tanto do paciente, quanto de seus familiares⁴⁰. Algumas equipes associam o paciente a um objeto, reduzindo-os à doença, ignorando as experiências individuais de adoecimento³⁹. A pessoa deve ser ouvida, quando possível, comunicada sobre os cuidados, permitindo o estabelecimento de preferências. Nesse

processo, respeitar os valores morais e éticos, considerando a veracidade dos fatos, mantendo a privacidade, e a confidencialidade, pode tornar o cuidado mais efetivo⁴¹.

Em alguns casos, pode ocorrer a não efetividade da comunicação, seja por questões orgânicas, seja pelo uso de equipamentos que a impossibilitam. Assim, é crucial a implementação de recursos que a viabilizem. Em estudo brasileiro⁴², realizado com pacientes de UTI que apresentavam dificuldade de comunicação, algumas estratégias foram adotadas: coleta de informações com familiares, interação à beira do leito, perguntas simples de serem respondidas, estimulação pelo toque, uso de imagens e objetos eletrônicos.

Como constatado neste estudo, a humanização do cuidado em UTI deve englobar também a abordagem sobre a terminalidade da vida, pois profissionais de saúde tendem a encarar a morte como fracasso^{19,26}. Percebem o corpo em processo de morrer como um “resto”, ou seja, desprovido da alma que lhe personifica⁷. Por vezes, afastam-se dos mesmos, mas em algumas situações tendem a se preocupar com a ambiência e o respeito à dignidade de pessoas que falecem na UTI²⁷. Por isso, a educação para o cuidado no final da vida se faz urgente nesse cenário em que a morte é constante³⁶.

Destaca-se, que o conhecimento de fatores preditores de óbito na UTI podem melhorar a identificação dos pacientes que se beneficiariam de uma abordagem paliativa, não havendo o prolongamento do óbito, relacionado à obstinação terapêutica, coibindo o sofrimento da pessoa e da família⁴³.

Alguns critérios para avaliação de predição de óbito são idade, resposta negativa (“não”) a pergunta surpresa, a gravidade das doenças de base, o tempo de internação na UTI e no hospital, a falência prolongada de órgãos, avaliação do prognóstico e avaliação da fragilidade⁴³. O conhecimento e avaliação destes preditores favorecem o estabelecimento

da abordagem paliativa em detrimento da restaurativa, auxiliando equipe, familiares e, quando possível o paciente, a estabelecer os limites terapêuticos⁴³ e preparar-se para o processo de terminalidade.

CONCLUSÃO

Esta revisão permitiu analisar, na literatura nacional e internacional, as experiências corporais nas relações de cuidado em unidade de terapia intensiva. Sobre os aspectos metodológicos, os estudos, em sua maioria, eram de abordagem qualitativa, com fragilidade na descrição teórica e critérios de amostragem. Identificou-se predominância de profissionais de saúde como participantes em detrimento de pessoas hospitalizadas.

Como limitações, aponta-se o número de bases de dados, o uso de descritores controlados e os idiomas privilegiados. Tais escolhas reduzem a abrangência e restringem os resultados. A inexistência de um descritor específico que contemple corpo/corporeidade também limita a identificação de estudos vinculados à Antropologia. Ainda, a fragilidade metodológica dos estudos pode ser um limitador da qualidade das análises.

Em relação às experiências corporais e seus significados nas relações de cuidado em UTI, verificou-se que elas se constituem a partir da compreensão do corpo como uma superfície de inscrição das práticas e técnicas dos profissionais de saúde. O corpo da pessoa hospitalizada em UTI foi percebido e significado através da passividade e da aceitabilidade. Um corpo que, por vezes, é preferível sedado, sem interação, para tornar mais objetivo os gestos técnicos. Um corpo que ao não responder às intervenções e morrer, passa a ser sinônimo de fracasso.

Em contraponto, na relação deste corpo com as tecnologias, principalmente os dispositivos e as interações com os profissionais de saúde, as pessoas relataram sentir-se

seguras, valorizadas e respeitadas na UTI. Evidenciando que o saber biomédico modula as escolhas em termos de cuidado, as representações e preferências sobre o próprio corpo. Os profissionais de enfermagem tiveram destaque, por serem percebidos como estressores, quando não respeitam e não consideram as individualidades do corpo, e promotores da dignidade, ao integrarem no cuidado os desejos da pessoa e de sua família, inclusive após o óbito.

As tecnologias duras foram preponderantes e parecem ser incorporadas ao ser e agir dos profissionais. Ou seja, elas determinam as relações dos profissionais com as pessoas hospitalizadas e suas famílias, ao mesmo tempo que disciplinam e tornam o corpo dos profissionais dependentes de técnicas, medicamentos, equipamentos para interagir e cuidar. A sensibilidade carece de espaço, mas movimentos reflexivos em direção às ações possíveis para humanizar o cuidado na UTI foram evidenciados.

Tais movimentos nos levam a pensar em perspectivas de pesquisas futuras, as quais possam privilegiar as pessoas hospitalizadas em UTI, suas formas de compreensão sobre o próprio corpo, considerando questões de gênero e multiculturalidade, a relação deste com o espaço em questão e os profissionais de saúde. Dar voz aos denominados “pacientes” e proporcionar espaços de escuta, pode ser um bom começo para incorporar outras visões de mundo e formas de trabalho com o corpo na vida cotidiana da UTI.

Conflitos de Interesse: Não são declarados conflitos de interesse.

Financiamento: Não há fontes de financiamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.271, de 14 de fevereiro de 2020. Define as unidades de terapia intensiva e unidades de cuidado intermediário conforme sua complexidade e nível de cuidado, determinando a responsabilidade

técnica médica, as responsabilidades éticas, habilitações e atribuições da equipe médica necessária para seu adequado funcionamento. Diário Oficial da União. Brasília, DF. 23 abr 2020. Seção 1, p. 90.

2. Marshall JC, Bosco L, Adhikari NK, Connolly B, Diaz JV, Dorman T, et al. What is an intensive care unit? a report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. J Crit Care [Internet]. 2017 [citado em 20 de maio de 2022];37:270–6. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.07.015>
3. Backes MTS, Erdmann AL, Büscher A. O ambiente vivo, dinâmico e complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2015 [citado em 20 de maio de 2022];23(3):411–8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0568.2570>
4. Eulálio M do C, Júnior EG da S, Souto RQ, Brasileiro LEE. Unidade de terapia intensiva: significados para pacientes em tratamento. Ciênc Saúde [Internet]. 2016 [citado em 20 de maio de 2022];9(3):182–9. Disponível: <https://doi.org/10.15448/1983-652X.2016.3.23990>
5. Tavares AL, Devezas AMLO, Reppetto MA, Santos LSC. Atenção do enfermeiro em relação a espiritualidade no cuidar do paciente em unidade de terapia intensiva. Rev Recien - Rev Científica Enferm [Internet]. 2020 [citado em 20 de maio de 2022];10(30):62–7. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/362>
6. Barcellos R de A, Sgarabotto BL. Cuidado centrado em pacientes e familiares em terapia intensiva. Res Soc Dev [Internet]. 2020 [citado em 20 de maio de 2022];9(8):e55984400–e55984400. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.4400>
7. Le Breton D. Antropologia do corpo. 4o ed. Petrópolis: Vozes; 2016.
8. Le Breton D. A sociologia do corpo. 6o ed. Petrópolis: Vozes; 2012.
9. Porter R, Vigarello G. Corpo, saúde e doenças. In: Corbin A, Courtine J, Vigarello G, organizadores. História do corpo. 5o ed. Petrópolis: Vozes; 2012. p. 441–86.
10. Le Breton D. A sociologia do corpo. 6º ed. Petrópolis: Vozes; 2012. 102 p.
11. Mendes KDS, Silveira RC de CP, Galvão CM, Mendes KDS, Silveira RC de CP, Galvão CM. Use of the bibliographic reference manager in the selection of primary

- studies in integrative reviews. *Texto & Contexto - Enferm* [Internet]. 2019 [citado em 20 de maio de 2022];28:e20170204. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0204>
12. Souza VR dos S, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2021 [citado em 20 de maio de 2022];34:eAPE02631. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>
 13. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E, organizadores. *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice*. 4o ed Philadelphia: Wolters Kluwer; 2019. p. 35–62.
 14. Polit D, Beck CT. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 9o ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.
 15. Seymour JE. Revisiting medicalisation and ‘natural’ death. *Soc Sci Med* [Internet]. 1999 [citado em 20 de maio de 2022];49(5):691–704. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00170-7](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00170-7)
 16. Vargas MA de O, Meyer DE. Re-significações do humano no contexto da “ciborguização”: um olhar sobre as relações humano-máquina na terapia intensiva. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2005 [citado em 20 de maio de 2022];39:211–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000200012>
 17. Wikström A-C, Cederborg A-C, Johanson M. The meaning of technology in an intensive care unit—an interview study. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2007 [citado em 20 de maio de 2022];23(4):187–95. Disponível em: [10.1016/j.iccn.2007.03.003](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2007.03.003)
 18. Sousa LM de, Souza Filho EA de. Percepções sociais de pacientes sobre profissionais de saúde e outros estressores no ambiente de unidade de terapia intensiva. *Estud Psicol Camp* [Internet]. 2008 [citado em 20 de maio de 2022];25:333–42. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000300002>
 19. Proença M de O, Dell Agnolo CM. Internação em unidade de terapia intensiva: percepção de pacientes. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2011 [citado em 20 de maio de 2022];32:279–86. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000200010>

20. Price AM. Caring and technology in an intensive care unit: an ethnographic study. *Nurs Crit Care* [Internet]. 2013 [citado em 20 de maio de 2022];18(6):278–88. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/nicc.12032>
21. Locsin RC, Kongsuwan W. Lived experience of patients being cared for in ICUs in Southern Thailand. *Nurs Crit Care* [Internet]. 2013 [citado em 20 de maio de 2022];18(4):200–11. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/nicc.12025>
22. Silva RC da, Ferreira M de A, Apostolidis T. Práticas de cuidado dos enfermeiros intensivistas face às tecnologias: análise à luz das representações sociais. *Texto Contexto - Enferm* [Internet]. 2014 [citado em 20 de maio de 2022];23:328–37. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072014003780012>
23. Koksvik GH. Silent subjects, loud diseases: enactment of personhood in intensive care. *Health Lond Engl* [Internet]. 2016 [citado em 20 de maio de 2022];20(2):127–42. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1363459314567792>
24. Laerkner E, Egerod I, Olesen F, Hansen HP. A sense of agency: an ethnographic exploration of being awake during mechanical ventilation in the intensive care unit. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2017 [citado em 20 de maio de 2022];75:1–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.06.016>
25. Åkerman E, Langius-Eklöf A. The impact of follow-up visits and diaries on patient outcome after discharge from intensive care: a descriptive and explorative study. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2018 [citado em 20 de maio de 2022];49:14–20. Disponível em: [10.1016/j.iccn.2018.09.002](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.09.002)
26. Rak KJ, Ashcraft LE, Kuza CC, Fleck JC, DePaoli LC, Angus DC, et al. Effective Care Practices in Patients Receiving Prolonged Mechanical Ventilation: an ethnographic study. *Am J Respir Crit Care Med* [Internet]. 2020 [citado em 20 de maio de 2022];201(7):823–31. Disponível em: <https://doi.org/10.1164/rccm.201910-2006OC>
27. Koksvik GH. Medically Timed Death as an Enactment of Good Death: an ethnographic study of three European Intensive Care Units. *Omega* [Internet]. 2020 [citado em 20 de maio de 2022];81(1):66–79. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0030222818756555>
28. Rak KJ, Ashcraft LE, Kuza CC, Fleck JC, DePaoli LC, Angus DC, et al. Effective Care Practices in Patients Receiving Prolonged Mechanical Ventilation: an

- ethnographic study. Am J Respir Crit Care Med [Internet]. 2020 [citado em 20 de maio de 2022];201(7):823–31. Disponível em: <https://doi.org/10.1164/rccm.201910-2006OC>
29. Patias ND, Hohendorff JV. Critérios de qualidade para artigos de pesquisa qualitativa. Psicol Em Estudo [Internet]. 2019 [citado em 20 de maio de 2022];24:e43536. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v24i0.43536>
 30. Olsen KD, Nester M, Hansen BS. Evaluating the past to improve the future: a qualitative study of ICU patients' experiences. Intensive Crit Care Nurs [Internet]. 2017 [citado em 20 de maio de 2022];43:61–67. Disponível em: [10.1016/j.iccn.2017.06.008](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.06.008)
 31. Abbagnano N. Dicionário de filosofia. 6o ed. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2012.
 32. Simões A, Sapeta P. Conceito de dignidade na enfermagem: análise teórica da ética do cuidado. Rev Bioét [Internet]. 2019 [citado em 20 de maio de 2022];27:244–52. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422019272306>
 33. Le Breton D. La pudeur à l'hôpital et dans les soins. Soins [Internet]. 2018 [citado em 20 de maio de 2022];63(831):32–5. Disponível em: [10.1016/j.soin.2018.10.010](https://doi.org/10.1016/j.soin.2018.10.010)
 34. Schraiber LB, Mota A, Novaes HMD. Tecnologias em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. Dicionário da educação profissional em saúde. 2o ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 382–5.
 35. Pereira IB, Lima JCF. Dicionário da educação profissional em saúde. 2o ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
 36. Nascimento FJ do. Humanização e tecnologias leves aplicadas ao cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva: uma revisão sistemática. Nurs São Paulo [Internet]. 2021 [citado em 20 de maio de 2022];24(279):6035–44. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i279p6035-6044>
 37. Waldow VR. Enfermagem: a prática do cuidado sob o ponto de vista filosófico. Investig En Enferm Imagen Desarro [Internet]. 2015 [citado em 20 de maio de 2022];17(1):13–25. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145233516002>
 38. Salviano MEM, Nascimento PDFS, Paula MA de, Vieira CS, Frison SS, Maia MA, et al. Epistemologia do cuidado de enfermagem: uma reflexão sobre suas bases. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016 [citado em 20 de maio de 2022];69:1240–5. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0233>

em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0331>

39. Zillmer JGV, Silva DMGV da. Significados das experiências corporais de pessoas em diálise peritoneal. Rev Fam Ciclos Vida E Saúde No Contexto Soc [Internet]. 2021 [citado em 20 de maio de 2022];9(3):569–84. Disponível em: <https://doi.org/10.18554/refacs.v9i3.4374>
40. Silva F da MV, Silva LB da, Júnior JC de O, Alves A dos S, Oliveira TML de. Estratégias utilizadas por enfermeiros para minimizar a assimetria na comunicação em unidade de terapia intensiva. Rev Atenção à Saúde [Internet]. 2018 [citado em 20 de maio de 2022];16(57):110-17. Disponível em: <https://doi.org/10.13037/ras.vol16n57.5258>
41. Armendane GD. Por um cuidado respeitoso. Rev Bioét [Internet]. 2018 [citado em 20 de maio de 2022];26:343–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422018263253>
42. Coelho PS de O, Valle K do, Carmo GP do, Santos TR de M dos, Nascimento JS, Pelosi MB. Sistematização dos procedimentos para a implementação da comunicação alternativa e ampliada em uma UTI geral. Cad Bras Ter Ocupacional [Internet]. 2020 [citado em 20 de maio de 2022];28:829–54. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1930>
43. Gulini JEHM de B, Nascimento ERP do, Moritz RD, Vargas MA de O, Matte DL, Cabral RP. Fatores preditores de óbito em Unidade de Terapia Intensiva: contribuição para a abordagem paliativista. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2018 [citado em 20 de maio de 2022];52:e03342. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017023203342>

ESTRATEGIAS DE CONSOLIDACIÓN DE VÍNCULOS EN CONTEXTO DE INTERVENCIONES EN SALUD INTERCULTURAL EN AMÉRICA LATINA. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

LINK CONSOLIDATION STRATEGIES IN THE CONTEXT OF INTERCULTURAL HEALTH INTERVENTIONS IN LATIN AMERICA. A SYSTEMATIC REVIEW

ESTRATÉGIAS DE CONSOLIDAÇÃO DE VÍNCULOS NO CONTEXTO DAS INTERVENÇÕES INTERCULTURAIS EM SAÚDE NA AMÉRICA LATINA. UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

**Luis López Ramos¹
José Rivera Müller²
Lizet Véliz Rojas³**

¹Universidad Católica del Norte, Chile. <https://orcid.org/0000-0002-3633-9853>.

Correspondencia a: luis.lopez@alumnos.ucn.cl

²Universidad Católica del Norte, Chile. <https://orcid.org/0000-0002-0769-0951>.

Correspondencia a: jose.rivera01@alumnos.ucn.cl

³Universidad Católica del Norte, Chile. <https://orcid.org/0000-0002-8961-1814>.

Correspondencia a: lizet.veliz@ucn.cl

Fecha de recepción: 25/03/22

Fecha de aceptación: 15/06/22

RESUMEN

Objetivo: Describir las estrategias de consolidación de los vínculos en el contexto de las intervenciones de salud orientadas a la salud intercultural en América Latina.

Metodología: Revisión sistemática cualitativa, utilizando el flujograma prisma para selección de artículos. Las bases de datos revisadas fueron: SciELO, PubMed (MEDLINE), Redalyc y Scopus. Los criterios de inclusión fueron artículos originales y/o revisión, con metodología cualitativa y cuantitativa descriptiva, que no tuvieran más de 10 años desde su publicación, basados en países pertenecientes a América Latina y cuyo idioma sea español, portugués y/o inglés. La calidad metodológica se evaluó mediante la guía de lectura crítica de CASPe. Se analizaron un total de 19 estudios publicados entre el periodo 2014-2021. **Resultados:** La consolidación de vínculos se logra a través de la participación activa de integrantes de las comunidades en el diseño de las intervenciones en salud. La preparación de los profesionales es clave, considerando el desarrollo de la competencia intercultural como una piedra angular. Adicionalmente, las políticas públicas en salud permean en la ejecución de los programas e intervenciones en salud intercultural. **Conclusión:** La construcción de vínculos y de relaciones sólidas y de confianza toman tiempo, y es necesario que haya suficiente co-diseño y un proceso participativo para establecer la relación entre equipo de salud y comunidades. Es necesario reconocer el contexto epistemológico y cosmológico que impulsa la salud y el bienestar en las comunidades nativas.

Palabras Claves: Asistencia Sanitaria Culturalmente Competente; Programas Nacionales de Salud; Estrategias Nacionales; Población Indígena; América Latina.

ABSTRACT

Objective: Describe the strategies for consolidating links in the context of health programs/interventions aimed at intercultural health in Latin America. **Methodology:** Qualitative systematic review, using the prism flowchart for article selection. The databases reviewed were: SciELO, PubMed (MEDLINE), Redalyc, and Scopus. The inclusion criteria were original articles and/or reviews, with descriptive qualitative and quantitative methodology, which were not more than 10 years old from their publication, based on countries belonging to Latin America and whose language is Spanish, Portuguese, and/or English. The methodological quality was evaluated using the CASPe critical reading guide. A total of 19 studies published between the 2014-2021 period were analyzed. **Results:** The consolidation of links is achieved through the active participation of community members in the design of health disturbances. The preparation of professionals is key, considering the development of intercultural competence as a cornerstone. Additionally, public health policies permeate the execution of intercultural health programs and interventions. **Conclusions:** Building bonds and solid, trusting relationships take time, and there needs to be sufficient co-design and a participatory process to establish the relationship between the health team and the communities. It is necessary to recognize the epistemological and cosmological context that drives health and well-being in native communities.

Keywords: Culturally Competent Care; National Health Programs; National Strategies; Population Groups; Latin America.

RESUMO

Objetivo: Descrever as estratégias de consolidação de vínculos no contexto das intervenções de saúde orientado à saúde intercultural na América Latina. **Metodologia:**

Revisão sistemática qualitativa, utilizando o fluxograma prisma para seleção dos artigos. Os bancos de dados usadas são: SciELO, PubMed (MEDLINE), Redalyc e Scopus. Os critérios de inclusão foram artigos originais e/ou revisões, com metodologia qualitativa e quantitativa descritiva, com até 10 anos de sua publicação, baseados em países pertencentes à América Latina e cujo idioma seja espanhol, português e/ou inglês. A qualidade metodológica foi avaliada por meio do guia de leitura crítica CASPe. Foram analisados 19 estudos publicados entre o período 2014-2021. **Resultados:** A consolidação dos vínculos é alcançada por meio da participação ativa dos membros da comunidade no desenho das intervenções de saúde. A preparação dos profissionais é fundamental, tendo como pilar fundamental o desenvolvimento da competência intercultural. Além disso, as políticas públicas de saúde permeiam a execução de programas e intervenções de saúde intercultural. **Conclusão:** A construção de vínculos e relações sólidas e de confiança leva tempo, e é preciso haver co-design suficiente e um processo participativo para estabelecer a relação entre a equipe de saúde e as comunidades. É necessário reconhecer o contexto epistemológico e cosmológico que impulsiona a saúde e o bem-estar nas comunidades nativas.

Palavras Chaves: Assistência à Saúde Culturalmente Competente; Programas Nacionais de Saúde; Estratégias Nacionais; Grupos Populacionais; América Latina.

INTRODUCCIÓN

La salud intercultural ha tomado mayor relevancia a nivel mundial en el último tiempo¹. En el caso de Chile y otros países Latinoamericanos, la necesidad de desarrollar procesos y vínculos interculturales en salud se ha generado por razones sociopolíticas, históricas y

epidemiológicas, las cuales han motivado iniciativas tendientes a evitar que la identidad étnica del usuario sea una barrera en el acceso y una mejor salud².

Acorde a Tünnermann, en América Latina el pluralismo cultural adquiere especial relevancia en relación con los pueblos indígenas, cuya cultura generalmente ha sido menospreciada o marginada, en vez de considerarla como lo que realmente es, uno de los factores raigales de nuestra identidad. En esta misma línea, el autor establece que nuestras sociedades multiétnicas tienen que institucionalizar el diálogo pluricultural, franco e igualitario, que incluya a los pueblos indígenas³.

Respecto a los sistemas de cuidados en salud, en América latina ha predominado la medicina occidental caracterizada por su aplicación hegemónica y tecnológica¹, y que se ha establecido mundialmente como el modelo capaz de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población, sin embargo, se han desarrollado importantes dificultades al no considerar la cultura de los usuarios en el proceso de atención de salud². Este modelo a dominado a los sistemas médicos tradicionales, que comprenden la salud como el equilibrio entre fuerzas naturales y espirituales, entre los individuos y las comunidades, por un lado, la enfermedad es concebida como un desequilibrio, y la curación como su restauración, y, por otro lado, la salud equivale a la coexistencia armoniosa de los seres humanos con la naturaleza, y entre ellos y con otros seres en la búsqueda del buen vivir¹.

Se ha evidenciado que los profesionales de la salud presentan desacuerdos e incompatibilidades con usuarios y comunidades de diversas etnias, principalmente por la baja aceptación de los diversos conceptos y cosmovisiones de salud y enfermedad de los pueblos originarios, provocando que los profesionales de la salud no validen la eficacia de las prácticas tradicionales en salud, generando un distanciamiento e insatisfacción

entre las partes⁴. Algunos países de la región ya han avanzado en esta área, y han establecido diversas políticas en salud con enfoque intercultural, y que tienen como finalidad integrar la medicina tradicional al sistema médico occidental⁵.

Al respecto, este estudio tiene como propósito identificar las estrategias de consolidación de los vínculos utilizadas en intervenciones de salud con enfoque intercultural a nivel latinoamericano.

METODOLOGÍA

Este estudio es una Revisión Sistemática (RS) cualitativa guiada por la declaración PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) para los métodos de búsqueda, selección, cribado e inclusión⁶.

RS es una herramienta de síntesis de información de los resultados de investigaciones primarias. Cuando estos no se combinan estadísticamente, la revisión se denomina RS cualitativa. Por el contrario, una RS cuantitativa, o metaanálisis (MA), es una RS que usa métodos estadísticos para combinar los resultados de dos o más estudios.

En esta RS cualitativa, se realizó una búsqueda bibliográfica sistemática en cuatro bases de datos: Scientific Electronic Library Online (SciELO), La Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe (Redalyc), PubMed (Medline) y Scopus. El periodo de tiempo utilizado para la búsqueda bibliográfica fue desde septiembre del 2021 hasta enero del 2022.

Los términos utilizados para la búsqueda estuvieron conformados por las palabras claves” Asistencia sanitaria culturalmente competente; “Programas nacionales de salud”; “Estrategias nacionales”; “Grupos de población”; “América Latina” extraídas del DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) [DeCS], es español, inglés y portugués.

Adicionalmente, se incluyó la palabra “Población indígena” como el sinónimo del descriptor “Grupos de población”, en español, con el fin de expandir la búsqueda hacia el tema de interés. Se consideraron en la composición de descriptores y ecuaciones booleanas [OR, AND], que permitieron la selección de artículos publicados según criterios de inclusión y exclusión. Los criterios de inclusión fueron: artículos originales y/o revisión, con metodología cualitativa y cuantitativa descriptiva, con un tiempo máximo de 10 años desde su publicación, basados en países pertenecientes a América Latina y cuyo idioma fue en español, portugués e inglés.

Para la evaluación de la calidad metodológica se utilizó la “Herramienta de análisis de estudios cualitativos” sustraída del Programa de Habilidades de Lectura Crítica Español (CASPe)⁷. Esta plantilla cuenta con una serie de preguntas que facilitan este proceso. Las tres primeras preguntas son de eliminación, sólo en el caso de que se responda sí, se merecerá continuar con las siguientes preguntas. Una vez respondidas las preguntas, se contabilizará el número de respuestas “sí” de cada artículo o documento y aquellos que hayan sido respondidas con un sí por sobre o igual al 70% serán consideradas con una adecuada calidad metodológica, las que contenga de un 40% a 60% serán consideradas de mediana calidad metodológica y menor a 40% como baja calidad metodológica.

Los artículos totales identificados en las cuatro bases de datos fueron 1187: En SciELO se encontraron 31 artículos, PubMed se identificaron 75 artículos, en Scopus 78 artículos, en Redalyc 1003 artículos. Se identificaron un total de 83 citas duplicadas, que se excluyeron, quedando un total de 1104 artículos. Posteriormente se hizo el cribado por título y por resumen. El número de artículos eliminados por título fueron 1058 y por resumen fueron 25. En total, 21 artículos quedaron seleccionados para su elegibilidad y

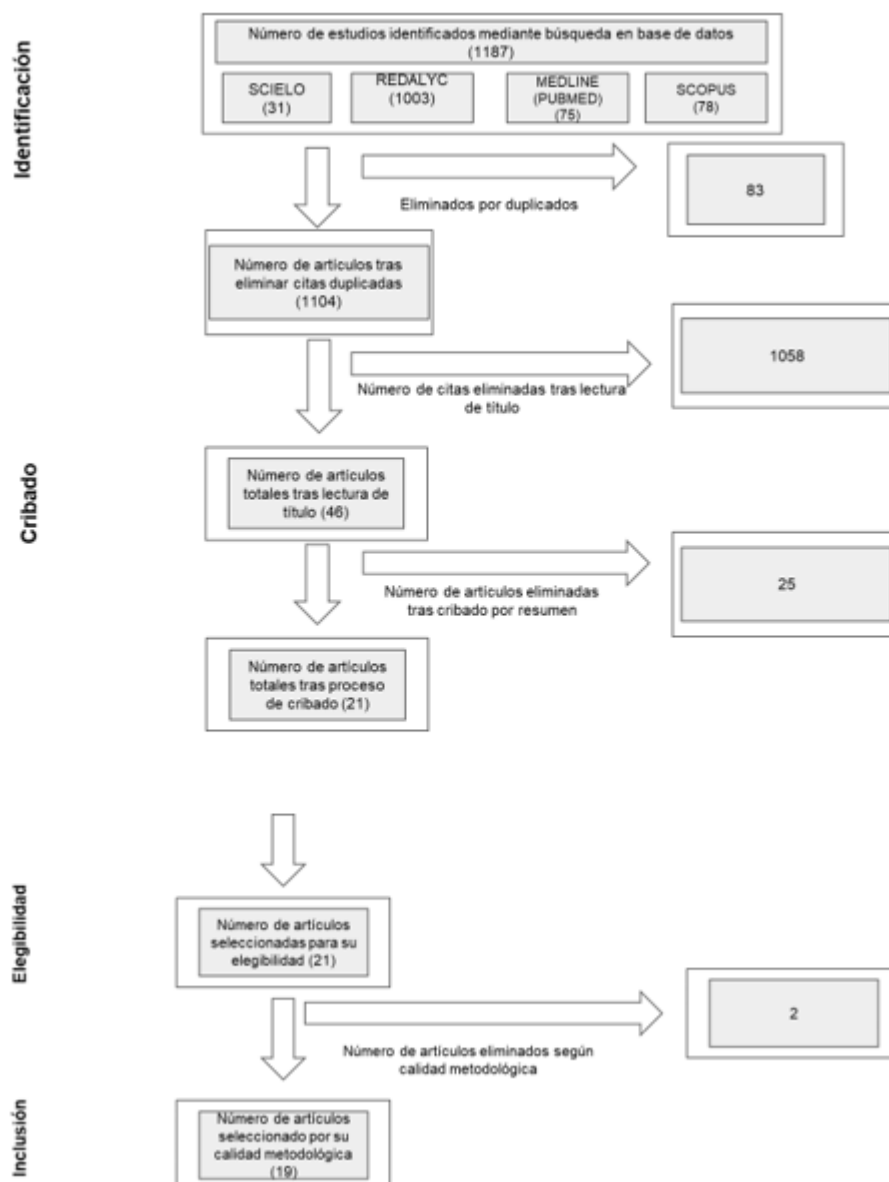
que fueron sometidos a lectura crítica. Finalmente, dos artículos fueron descartados por su baja calidad metodológica, quedando 19 artículos para su análisis.

Para efecto del análisis de los artículos, se dispuso en una matriz de datos elaborado en una planilla Excel que consideró los siguientes componentes de análisis: título, base de datos, revista, año de publicación, país, objetivo, diseño metodológico, calidad metodológica, nivel de evidencia, tamaño de la muestra y resultados. La matriz de datos permitió identificar los resultados principales de cada artículo, posteriormente se hizo un análisis de contenido cualitativo estableciendo los principales aspectos asociados al objetivo de estudio.

RESULTADOS

Figura 1. Flujograma de búsqueda PRISMA y selección de estudios, América Latina, año 2012-2022.

ESTRATEGIAS DE CONSOLIDACIÓN DE VÍNCULOS EN CONTEXTO DE INTERVENCIONES EN SALUD INTERCULTURAL EN AMÉRICA LATINA. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA. López L, Rivera J, Véliz L. Revista Chilena de Enfermería 2022. Vol.4 N.1



Fuente: Elaboración propia, en base a esquema flujograma PRISMA.

Durante la revisión sistemática se analizaron un total de 21 artículos, de los cuales 90,4 % fueron de calidad metodológica alta y 2 (8,6%) de calidad metodológica baja que fueron excluidos, por tanto, fueron 19 artículos que se incluyeron para los resultados (tabla1). El idioma predominante de los estudios fue el español con un total de 15 artículos, seguido del idioma inglés con dos artículos y dos estudios en portugués. Respecto al tipo de estudio, 11 fueron cualitativos descriptivos y seis de revisión

sistemática, el resto de los estudios fue del tipo cuantitativo descriptivo. Los años de publicación de los artículos seleccionados son pertenecientes al periodo 2014 - 2021. Referente a la revista de origen, ocho artículos fueron sustraídos de la base de datos SciELO, seguido de Redalyc con un total de seis, y finalmente PubMed con 5 artículos. Luego de realizar un análisis de los artículos seleccionados, se encontraron tres líneas temáticas relevantes: i) Estrategias para fortalecer los vínculos; ii) Etapas de intervenciones en salud intercultural; y iii) Oportunidades y dificultades en la consolidación de vínculos en contexto de salud intercultural.

1.- Estrategias para fortalecer los vínculos.

En los artículos revisados se encontró una gran diversidad de estrategias que pretendían mejorar el acercamiento del sistema de salud occidental a las comunidades indígenas, sin embargo, la mayoría no consideraron la evaluación de estas estrategias por parte de los usuarios.

Se puede evidenciar que existen elementos comunes en los artículos revisados, como fue la incorporación **de autoridad de medicina tradicional**, también llamados agentes tradicionales de salud como representante de la comunidad en distintos cargos, tales como chamanes⁸ parteras^{16,19}, médicos tradicionales¹⁹, interpretes bilingües¹² y líderes espirituales¹¹, como un medio eficaz para el acercamiento de poblaciones de pueblos originarios a los sistemas de salud occidentales.

ESTRATEGIAS DE CONSOLIDACIÓN DE VÍNCULOS EN CONTEXTO DE INTERVENCIONES EN SALUD INTERCULTURAL EN AMÉRICA LATINA. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA. López L, Rivera J, Véliz L. Revista Chilena de Enfermería 2022. Vol.4 N.1

Tabla 1. Artículos analizados para la obtención de resultados, América Latina, año 2012-2022 (n=19)

N°	Título	Autor(es)	Año	TE
1	Bioética e interculturalidad en la atención de salud indígena ⁸	Vieira de Melo, A. Reis de Sant´Ana, G. Haidamus de Oliveira, P. Antonio, L.	2021	CD
2	Itinerarios terapéuticos: una revisión de alcance ⁹	Vega, R.	2017	RS
3	Salud intercultural en Chile: Desarrollo histórico y desafíos ¹⁰	Manriquez-Hizaut M, Lagos Fernández C, Rebolledo Sanhuesa J, Figueroa Huencho.	2016	RS
4	Representaciones sociales de la atención sanitaria de la población indígena Mbyá-Guaraní por parte de trabajadores de la salud ¹¹	Benites M, Shimizu H, Díaz X.	2017	CD
5	Guías bilingües: una estrategia para disminuir las barreras culturales en el acceso y la atención en salud de las comunidades wayuu de Maicao, Colombia ¹²	Patiño-Londoño S, Mignone J, Castro-Arroyave D, Gómez N, Rojas C.	2016	CD
6	Tensiones y contradicciones en la intervención gubernamental para la promoción de la lactancia materna ¹³	Ramos R. Hernández M.	2017	CD
7	Por un futuro mejor: Programa de promoción de la salud para afrodescendientes ¹⁴	Velásquez V, López A, Puerto A.	2016	CD
8	Planificación para la equidad en la salud en la Región de las Américas: análisis de los planes nacionales de salud ⁵	Matthew M. Kavanagh, Laura Norato, Eric A. Friedman.	2021	CD
9	Impacto del Programa Comedores Comunitarios SINHAMBRE sobre la desnutrición en Chiapas rural mediante el enfoque de Seguridad Alimentaria ¹⁵	Garza N, Salvatierra-Izaba B, Zamora C, Torres D, Mejía A. Costa Rica.	2018	CD
10	Percepción cultural del “embarazo y parto”, en las comunidades campesinas del distrito Ayaviri-Puno ¹⁶	Calderón-Torres A, Calderón Chipana J, Mamani-Flores	2021	CnD
11	Análisis comparativo de modelos de atención en salud para población indígena en la región Andina ¹⁷	Lina A. González V.	2015	RS
12	Percepción de la participación de parteras y sanadores tradicionales andinos ecuatorianos en un programa de formación en salud ¹⁸	Inuca V, Icaza L, Recalde R, Cevallos J y Romero N	2014	CD
13	La inclusión del conocimiento tradicional indígena en las políticas públicas del Estado mexicano ¹⁹	Guzmán-Rosas, S. Kleiche-Dray, M.	2017	Cn-CD
14	Salud indígena en tiempos de barbarie ²⁰	Nonato da Cruz Oliveira, R; Dos Santos Rosa, L.	2014	RS
15	Articulación entre servicios de salud y “medicina indígena”: reflexiones antropológicas sobre política y realidad en Brasil ²¹	Langdon, E; Garnelo, L	2017	RS
16	Implantação da telessaúde na atenção à saúde indígena no Brasil / Implementación de la telesalud en la atención de salud indígena en brasil ²²	Zambelli Taveira, Z; Duarte dos Anjos Scherer, M; Diehl, E.	2014	CD
17	Transculturalizing Diabetes Prevention n LatinAmerica ²³	Nieto-Martínez Ramfis, González-Rivas, Aschner J.	2017	RS
18	Healthcare and Health Problems from the Perspective of Indigenous Population of the Peruvian Amazon: A Qualitative Study ²⁴	Badanta B, Lucchetti G, Barrientos S.	2020	CD
19	I(nter)identificación racial: racialización de la salud materna a través del programa Oportunidades y clínicas gubernamentales en México ²⁵	Vega, R	2017	CD

Simbología: TE= Tipo de Estudio. CD=Cualitativo Descriptivo. RS=Revisión Sistemática. Cn=Cuantitativo Descriptivo.

Fuente: Elaboración propia

Otra estrategia fue la adaptación de los espacios y servicios para la atención acorde a la cultura de la población objetivo, la búsqueda de proporcionar un entorno adecuado para el proceso de atención en salud de la población indígena tiene gran acogida por parte de estos, mejorando su adherencia y sentimientos positivos hacia el sistema de salud. Como medidas identificadas en la revisión se ha de mencionar la preservación de salas para chamanes dentro de la institución de salud, para complementar la terapia occidental otorgadas por estos prestadores de salud, con la terapia tradicional pertinente a la cultura del individuo⁸. Otra medida implementada, fue llevar la atención en salud cultural al hogar a las personas que requerían de un servicio sanitario, más específicamente, la asistencia de una partera, debido a que existe un respeto y preservación de las costumbres, creencias y ritos¹⁶. También se identificó la instalación de hamacas en la sala de espera, pero, en este mismo documento se menciona que, a pesar de estos cambios, no existió una mejora en el proceso de atención de los usuarios indígenas²⁵.

La estrategia de elaboración de instrumentos en base a las características culturales propias de cada comunidad, no han demostrado su total efectividad, al respecto, Guzmán-Rosas y Kleiche-Dray, señalaron que la adaptación de tablas métricas nutricionales acorde a los grupos étnicos a intervenir sufrieron de múltiples dificultades para su implementación debido a la poca experiencia en la validación de las adaptaciones, sin embargo dejan en evidencia que las mediciones antropométricas estándar utilizado por los sistemas de salud requieren un ajuste según las características propias de la poblaciones latinoamericanas para mejorar la prevención y tratamiento de enfermedades que aquejan a éstas²³.

Respecto a la telesalud, En Brasil, el Programa Telessaúde Brasil Redes en atención a la salud indígena fue una de las estrategias para ayudar a establecer profesionales en áreas

remotas y fortalecer la asistencia a la población indígena. Desde la perspectiva de los profesionales de la salud, este programa no fue efectivo ya que presentaron diversas dificultades, asimismo recomendaron que se requiere de un diálogo entre las instituciones involucradas y la construcción de un espacio democrático, con la participación de indígenas y profesionales de la salud, con miras a evaluar este proceso y decidir el camino a seguir²².

Entre las estrategias encontradas, La **incorporación de facilitadores** como intérprete bilingüe¹², auxiliar indígena, como por ejemplo parteras¹⁹ o alguna autoridad indígena²³, fueron las más efectivas para consolidar vínculos, ya permitieron un mayor acercamiento y entendimiento entre la población y el personal de salud de los sistemas públicos. Con respecto a la inclusión de las autoridades de medicina tradicional, supone un plus al equipo de salud, ya que no solo comparte conocimientos sobre sus propias prácticas si no también la comprensión de la idiosincrasia de los individuos, permitiendo a los demás miembros del equipo de salud un acercamiento a las diversas cosmovisiones¹⁷.

2.- Etapas de las intervenciones en salud intercultural.

La metodología o forma en que se ejecutan las etapas de las intervenciones en salud son claves para el establecimiento de vínculos e interacciones entre el equipo de salud y la comunidad, con el fin de lograr una atención en salud culturalmente competente. De acuerdo con la información analizada, la primera etapa fue la detección de una problemática de salud, **denominadas diagnóstico**, se realizaba a través de recolección y análisis de información vigente. La mayor parte de los estudios se enfocaron en problemas o necesidades en salud desde una perspectiva socio epidemiológica, como, por ejemplo, combatir la desnutrición infantil rural¹⁴ la prevención de una patología crónica, como, por ejemplo, la prevención de la DM II considerando factores etnoculturales²³. Otros

diagnósticos, se centraron en la promoción en salud en población afrodescendiente¹⁴, y a la necesidad de alcanzar la equidad en salud e integración de la población marginada⁵. Se destaca que la identificación del problema está guiada principalmente por indicadores sanitarios y por conceptos instrumentales del desarrollo económico y social.

La segunda etapa identificada fue “la **planificación**”, que considera aspectos tales como: i) el carácter de las iniciativas en salud y sus aportes para mejorar estado de salud de las comunidades¹⁰; ii) la evaluación de indicadores de la intervención en salud⁵; iii) el financiamiento del programa y recursos disponibles⁸; iv) la selección de los profesionales de la salud y agentes que van a participar el programa^{5,12,19}; y v) la elaboración de una estructura organizativa del programa⁵. En general, la mayoría de los estudios establecen que la planificación fue elaborada principalmente desde el sistema de salud occidental.

La tercera etapa identificada fue el **acercamiento a la comunidad (observación de contexto) y comunicación con integrantes de la comunidad**, instancia que dio paso a la profundización e incorporación de las cosmovisiones de la comunidad objetivo²⁴, y sobre las experiencias de cuidado de las familias^{9,13}. Estas instancias, se nutrieron con la colaboración de entidades encargadas de la recopilación de información sobre elementos culturales de la población²⁰. En esta etapa, la identificación de recursos fue fundamental ya que permitió identificar los espacios, los recursos humanos, y determinar la accesibilidad al territorio de las comunidades^{11,14}. En algunos casos se incluyó la colaboración con privados para lograr los objetivos⁵.

La última etapa identificada fue la **ejecución del plan, consolidación, supervisión y reevaluación del plan con la participación de la población objetivo**. Para cumplir esta etapa, se enfatizó el desarrollo de comités que incluían integrantes de las comunidades étnicas, con el propósito de evaluar el cumplimiento del plan; promover la articulación

entre los profesionales sanitarios y autoridades de salud tradicionales para la ejecución del plan y logro de objetivos⁵; reevaluar el plan acorde a las nuevas necesidades de las comunidades¹⁴; y establecer políticas públicas locales, estudios epidemiológicos y de vigilancia⁵.

Se puede establecer que la participación de la comunidad fue variable, sobresaliendo una mayor colaboración por parte de agentes o representantes en la etapa de ejecución del plan. Esta RS devela que existen pocos estudios que describan y detallen las etapas de las estrategias en salud y los procesos de participación comunitaria. Por tanto, emerge la necesidad de seguir investigando y profundizando en este aspecto tan relevante para la construcción y consolidación de los vínculos.

3.- Oportunidades y dificultades para la consolidación de vínculos.

En los artículos analizados se lograron identificar oportunidades y dificultades en tres aspectos: en la formación profesional del área de la salud; en las intervenciones y programas de salud; y en los profesionales de la salud.

A nivel de la formación profesional en el área de la salud, se encontró como oportunidad el desarrollo de proyectos de investigación que se acompañan con acciones y actividades estudiantiles comunitarias dirigidas a la población indígena, lo que favorece la interacción entre estudiantes y la comunidad²¹. Otro estudio, mencionó que las mismas parteras y sanadores tradicionales ecuatorianos, percibieron que su inclusión en un programa de formación en salud fue una oportunidad para conservar, recuperar, fortalecer la sabiduría y acercarse a la comunidad blanca¹⁸. En cuanto a las dificultades, se señaló la ausencia de salud intercultural en el currículo de las carreras de la salud debido a la priorización de otras temáticas especialmente de contenido biomédico⁸.

Respecto a los programas e intervenciones en salud, se presentó como oportunidad la promoción de un ambiente participativo e inclusivo, que se relacionó con un aumento en el cumplimiento de los objetivos sanitarios^{12, 14}. Como dificultades, se encontraron los escasos espacios de reflexión para promover la participación social y que permita debatir las características del enfoque y del modelo de la intervención en salud, y si este es concordante en el contexto cultural de la población¹⁶. Este aspecto se considera como un punto clave, ya que al incorporar la salud intercultural sin considerar el contexto y las cosmovisiones puede generar el distanciamiento de la comunidad, por ejemplo, la población indígena de las amazonas utilizaba medidas tradicionales para tratar su malestar, dejando como última opción acudir a una atención en salud del sistema médico occidental, lo que generó cierto distanciamiento entre ambas realidades²⁴. Esto también se puede relacionar a que los cambios resultantes del contacto interétnico traídos desde el sistema médico occidental son percibidos como agresivos en la cultura indígena, generando cierta negatividad en la aceptación de ciertos tratamientos¹¹.

Se destaca la resistencia por parte de los profesionales para adaptarse a este nuevo sistema de salud intercultural, dificultando la ejecución de las directrices de estos programas¹⁶. Lo anterior se podría articular con la escasa formación profesional en estas temáticas y un bajo despliegue de la competencia intercultural. Adicionalmente, se encontró que el gobierno de turno también influyó en las decisiones sobre políticas públicas en salud intercultural, en tanto, la postura política tendrá efectos negativos como positivos. Además, se ha señalado que los mismos cambios de gobierno, pueden significar un cese de la inmersión de los programas e intervenciones en salud intercultural¹⁹.

Con relación al personal de salud, algunos estudios evidenciaron como una oportunidad el despliegue de la abogacía por parte de algunos profesionales de la salud que favorece

la mantención de una atención intercultural¹². En cuanto a dificultades, en diferentes artículos se vislumbra el rezago del nivel de salud de las poblaciones indígenas, caracterizadas por unas condiciones de vida más precarias siendo susceptibles a enfermarse^{11,24,25}, y que conllevan un mayor gasto de recursos materiales, económicos y humanos (personal de salud), y como se sabe, existe poco personal sanitario para cubrir las necesidades de las poblaciones más vulnerables. También, los profesionales de salud señalan no contar con los insumos, infraestructuras, transporte, e instancias de capacitación para poder otorgar una atención adecuada culturalmente¹¹. Se destaca la escasa formación profesional en salud intercultural⁸ y su bajo conocimiento de las comunidades, lo que dificulta el cuidado y la atención en salud culturalmente congruente, por ejemplo, Ríos-Camargo establece que el desconocimiento sobre los principios y cosmovisión del usuario repercutió con la interacción y la comunicación, debido a que el mensaje entregado por el equipo de salud no fue codificado correctamente para la comunidad⁹. En este aspecto, Patiño-Londoño et al.¹², señala que el conocimiento de la cultura de una comunidad puede facilitar el acceso a la salud, ejemplificando con la expresión de dolor en la cultura Wayuu, que es mal vista por la comunidad, y genera un retraso en la atención, especialmente en el parto¹².

DISCUSIÓN

La gran brecha existente en los indicadores de salud entre la población indígena y no indígena, plasman la realidad actual, caracterizada por una gran inequidad entre ambos grupos, siendo siempre los más perjudicados los nativos de la zona. Esta situación, hace urgente la implementación y fortalecimiento de un enfoque intercultural en la salud pública para poder romper las barreras existentes y disponer de un sistema de salud que

sea capaz de otorgar una atención culturalmente sensible. La consolidación de los vínculos es el punto clave para el desarrollo efectivo de los programas e intervenciones en salud intercultural, para su mantención en el tiempo, y que realmente impacten en los indicadores sanitarios.

En esta revisión hemos podido visualizar que la consolidación de los vínculos se logra a medida que existe una mayor participación e involucramiento de la comunidad en el diseño de las intervenciones y programas en salud, siendo la incorporación de un agente comunitario indígena al sistema de salud occidental lo más común y aceptado por parte de la comunidad.

Lamentablemente, podemos apreciar que la mayoría de las intervenciones en salud intercultural analizadas en esta revisión se alinean a un enfoque de superficie más que de una estructura más profunda. Se ha señalado que el enfoque de estructura profunda o de contenido tiene impactos positivos y efectivos sobre la salud de las comunidades indígenas²⁶. La estructura de superficie busca dar a los programas o intervenciones en salud la apariencia de una cultura en particular, de manera que puedan atraer a un grupo determinado. Algunos ejemplos de la estructura de la superficie o "Estrategias de presentación" son: Material educativo y personal bilingües y biculturales; Traducción / retro-traducción de materiales; inclusión de elementos de estilo de vida étnico, como alimentos, música; incorporación de agentes comunitarios como monitores; intervención educativa en entornos grupales; ubicar la intervención educativa en lugares seguros y familiares para los participantes; Provisión de actividades prácticas, divertidas y lúdicas; Incorporación de formatos y actividades culturalmente familiares, tales como formato de novela, juego de lotería, bailes típicos, entre otros²⁷. En cambio, las intervenciones de estructura profunda o "estrategias de contenido", buscan representar los valores

comunitarios, cosmovisiones, visiones de mundo y elementos socio ambientales, donde el contexto cultural es el núcleo del programa o intervención en salud²⁸. Algunos ejemplos son: la Incorporación de valores culturales en el diseño de la intervención y la implicación de los agentes comunitarios en todo el proceso de las intervenciones en salud (en el diseño, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación)²⁷. En este sentido, los programas e intervenciones en salud deben ir avanzando hacia estas estructuras más profundas, de tal forma de poder garantizar el reconocimiento del sistema de salud tradicional y popular. Al respecto, podríamos establecer la necesidad de la aplicación del modelo de intervenciones en salud centrado en la cultura, que favorece el establecimiento de los vínculos, ya que articulan las estrategias en salud con constructos teóricos indígenas, considerando la sabiduría y el conocimiento comunitario en el desarrollo de las intervenciones en salud, y por tanto, tiene el potencial de ayudar a las comunidades nativas a descolonizar y recuperar sus creencias, prácticas y aspiraciones culturales que promueven la salud y el bienestar²⁹.

Una piedra angular para la consolidación de vínculos encontrada en esta revisión fue el escaso conocimiento de salud intercultural y del bajo despliegue de competencias interculturales por parte del equipo de salud, por un lado, la inclusión de las competencias interculturales y la comprensión de la diversidad cultural en los currículos de las carreras sanitarias, constituyen un desafío para la educación superior y para los docentes. Se ha señalado la importancia de incorporar diversas estrategias para las competencias interculturales desde la formación de pregrado, con el propósito que los futuros profesionales puedan enfrentarse a la sociedad diversa y globalizada³⁰. Por otro lado, las políticas públicas y los programas sanitarios permean el “hacer” del ejercicio profesional, así como en el currículo de la formación profesional, por tanto, es necesario que se

valorice la salud intercultural en las políticas públicas y que se inyecten recursos para tal efecto. En esta línea, se establece que el desarrollo de competencias interculturales se debe articular a nivel individual, de formación profesional, del sistema sanitario y de las políticas públicas^{30,-31}.

CONCLUSIONES

En este estudio se encontró que las estrategias que favorecieron la consolidación de vínculos en contexto de intervenciones en salud intercultural en América latina fueron: la inserción de autoridades de medicina tradicional y facilitadores interculturales en la atención de salud; la inclusión de costumbres, creencias y ritos en algunas prestaciones de salud, especialmente en la atención del parto; el desarrollo y la participación de comités comunitarios indígenas en proyectos de intervenciones en salud, principalmente en la etapa de ejecución; la abogacía y el conocimiento de los profesionales de la salud hacia las comunidades que atienden ; la incorporación de la salud intercultural en la formación profesional, con participación activa del grupo estudiantil; y el desarrollo de políticas públicas en salud por el gobierno de turno, que fortalezcan la salud intercultural.

Conflictos de Interés: No se declaran conflictos de interés.

Financiamiento: No hay fuentes de financiamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Comisión Económica para América Latina (CEPAL) Cepal. [3PP1]. Los pueblos indígenas en América Latina: Avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos [Internet]. Santiago de Chile: Naciones Unidas. Noviembre de 2014 [Citado el 15 de junio de 2022]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37050/4/S1420783_es.pdf

2. Alarcón A, Vidal A, Neira J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev. Méd. Chile [Internet]. 2003 Sep [Citado el 15 de junio de 2022];131(9):1061-1065. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000900014>.
3. Tünnermann Bernheim C. América Latina: identidad y diversidad cultural. El aporte de las universidades al proceso integracionista. Polis [Internet]. 2007 [Citado el 15 de junio de 2022];(18). Disponible en: <https://journals.openedition.org/polis/4122>
4. Eroza Solana E, Carrasco Gómez M. La interculturalidad y la salud: reflexiones desde la experiencia. Liminar [Internet]. 2020 [Citado el 15 de junio de 2022];18(1):112-28. Disponible en: <https://liminar.cesmecha.mx/index.php/r1/article/view/725>
5. Kavanagh M, Norato L, Friedman E. Planificación para la equidad en la salud en la Región de las Américas: análisis de los planes nacionales de salud. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2021 [Citado el 15 de junio de 2022];45:e106. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2021.v45/e29/>
6. Urrutia G, Bonfill X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. Med Clin (Barc) [Internet]. 2010 [Citado el 15 de junio de 2022]; 135 (11): 507-511. Disponible en: https://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/uploads/PRISMA_Spanish.pdf
7. Critical Appraisal Skills Programme Español (CASPe). Instrumentos para la lectura crítica. [Internet]. [Citado 15 de junio de 2022] Disponible en: <https://redcaspe.org/materiales/>
8. Vieira de Melo, A. Reis de Sant´Ana, G. Haidamus de Oliveira, P. Antonio, L. Bioética e interculturalidade na atenção à saúde indígena. Rev. Bioét [Internet]. Jul-Sep 2021 [Citado el 15 de junio de 2022];29(3):487-498. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/Pf74HnMCysThKmNKWz7hqDf/?lang=pt>
9. Ríos-Camargo Nadia K, Urrego-Mendoza Zulma C. Itinerarios terapéuticos: una revisión de alcance. Rev. Salud Pública [Internet]. 2021 [Citado el 15 de junio de 2022]; 23(1):1-6. Disponible en: <https://doi.org/10.15446/rsap.v23n1.92447>
10. Manriquez-Hizaut M, Lagos Fernández C, Rebolledo Sanhuesa J, Figueroa Huencho. Salud intercultural en Chile: Desarrollo histórico y desafíos actuales. Rev salud pública [Internet]. Nov-Dic 2018 [Citado el 15 de junio de 2022];20(6):759-763. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rsap/2018.v20n6/759-763/>

11. Benites M, Shimizu H, Díaz X. Social representations of the health care of the Mbyá-Guarani indigenous population by health workers. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet] 2017 [Citado el 15 de junio de 2022];6(25):e2846. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/ZKxK5SHwtGtvCN4R54NxfkR/?lang=en>
12. Patiño-Londoño S, Mignone J, Castro-Arroyave D, Gómez N, Rojas C. Guías bilingües: una estrategia para disminuir las barreras culturales en el acceso y la atención en salud de las comunidades wayuu de Maicao, Colombia. Salud Colect [Internet]. Jul-Dic 2016 [Citado el 15 de junio de 2022];12(3):415-428. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/scol/2016.v12n3/415-428/es/>
13. Ramos R, Hernández M. Tensiones y contradicciones en la intervención gubernamental para la promoción de la lactancia materna. Salud Colect [Internet]. Oct-Dec 2017 [Citado el 15 de junio de 2022];13(4):677-692. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/scol/2017.v13n4/677-692/>
14. Velásquez V, López A, Puerto A. Por un futuro mejor: Programa de promoción de la salud para afrodescendientes. Rev Cuid [Internet]. 2016 [Citado el 15 de junio de 2022];7(1):1185-94. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359543375006>
15. Garza N, Salvatierra-Izaba B, Zamora C, Torres D, Mejía A. Impacto del Programa Comedores Comunitarios SINHAMBRE sobre la desnutrición en Chiapas rural mediante el enfoque de Seguridad Alimentaria. PSM [Internet]. Jul-Dic 2018 [Citado el 15 de junio de 2022];16(1):1-30. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-02012018000200003&lang=es
16. Calderón-Torres A, Calderón Chipana J, Mamani-Flores A. Percepción cultural del “embarazo y parto”, en las comunidades campesinas del distrito Ayaviri-Puno. Investig. Valdizana [Internet]. Jul-Sep 2021 [Citado el 15 de junio de 2022];15(3):161-169. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5860/586068621004/586068621004.pdf>
17. Lina A, González V. Análisis comparativo de modelos de atención en salud para población indígena en la región Andina. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. Jan-Abr 2015 [Citado el 15 de junio de 2022];33(1):7-14. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12033879002>

18. Inuca V, Icaza L, Recalde R, Cevallos J y Romero N. Percepción de la participación de parteras y sanadores tradicionales andinos ecuatorianos en un programa de formación en salud. Revista Duazary [Internet]. Jul-Dic 2014 [Citado el 15 de junio de 2022];11(2):131-138. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=512156302008>
19. Guzmán-Rosas S, Kleiche-Dray M. La inclusión del conocimiento tradicional indígena en las políticas públicas del Estado mexicano. Gest. polít. pública [Internet]. Jul-Dic 2017 [Citado el 15 de junio de 2022];26(2):297-339. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-10792017000200297&script=sci_arttext
20. Nonato da Cruz Oliveira R, Dos Santos Rosa L. Saúde indígena em tempos de barbárie: política pública, cenários e perspectivas. Rev. Polít. Públicas [Internet] 2014 [Citado el 22 de enero de 2022];18(2):481-495. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=321133267012>
21. Langdon E, Garnelo L. Articulación entre servicios de salud y “medicina indígena”: reflexiones antropológicas sobre política y realidad en Brasil. Salud colectiva [Internet]. 2017. [Citado el 15 de junio de 2022];13(3):457-470. Disponible en: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/1117/1211>
22. Duarte dos Anjos Scherer M, Diehl E. Implantação da telessaúde na atenção à saúde indígena no Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2014 [Citado el 15 de junio de 2022];30(8):1793-1797. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/RQgJXTSt5NmWjNywddgZSbr/?lang=pt>
23. Nieto-Martínez R, González-Rivas JP, Aschner P. Transculturalizing Diabetes Prevention in Latin America. Annals of Global Health [Internet]. 2017 [Citado el 15 de junio de 2022];83(3-4):432-443. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Ramfis-Nieto-Martinez/publication/319285217_Transculturalizing_Diabetes_Prevention_in_Latin_America/links/59a36c70458515fd1ff59ad2/Transculturalizing-Diabetes-Prevention-in-Latin-America.pdf
24. Badanta B, Lucchetti G, Barrientos S. Healthcare and Health Problems from the Perspective of Indigenous Population of the Peruvian Amazon: A Qualitative Study. Int. J. Environ. Res. Public Health [Internet]. 2020 [Citado el 15 de junio de

- 2022];17(21);7728. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/21/7728/htm>
25. Vega R. I(nter)dentificación racial: racialización de la salud materna a través del programa Oportunidades y clínicas gubernamentales en México. Salud Colectiva [Internet]. 2017 [Citado el 15 de junio de 2022];3(3):489-505. Disponible en: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/1114/1214>
26. Oetzel J, Rarere M, Wihapi R, Manuel C, Tapsell J. A case study of using the He Pikinga Waiora Implementation Framework: challenges and successes in implementing a twelve-week lifestyle intervention to reduce weight in Māori men at risk of diabetes, cardiovascular disease and obesity. Int J Equity Health [Internet]. 2020 [Citado el 15 de junio de 2022];19(1):103. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01222-3>
27. Barrera M, Castro F, Strycker L, Toobert D. Cultural adaptations of behavioral health interventions: a progress report. J Consult Clin Psychol [Internet]. Abr 2013 [Citado el 15 de junio de 2022];81(2):196-205. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22289132/>
28. Wallerstein N, Oetzel J, Duran B, Magarati M, Pearson C, Belone L, et al. Culture-centeredness in community-based participatory research: contributions to health education intervention research. Health Educ Res. [Internet]. Ago 2019 [Citado el 15 de junio de 2022];34(4):372–388. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31237937/>
29. Dickerson D., Baldwin J., Belcourt A. Encompassing Cultural Contexts Within Scientific Research Methodologies in the Development of Health Promotion Interventions. Prev Sci [Internet]. 2020 [Citado el 15 de junio de 2022];21:33–42. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11121-018-0926-1>
30. Mews C, Schuster S, Vadja C, Rudolph L, Schmidt L, Bôsnér S, et al. Cultural Competence and Global Health: Perspectives for Medical Education – Position paper of the GMA Committee on Cultural Competence and Global Health. GMS J Med Educ [Internet]. Ago 2018 [Citado el 15 de junio de 2022];35(3): Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30186938/>

ESTRATEGIAS DE CONSOLIDACIÓN DE VÍNCULOS EN CONTEXTO DE INTERVENCIONES EN SALUD INTERCULTURAL EN AMÉRICA LATINA. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA. López L, Rivera J, Véliz L. Revista Chilena de Enfermería 2022. Vol.4 N.1

31. Smith L. A nurse educator`s guide to cultural competence. Nurs Manage [Internet]. Feb 2018 [Citado el 15 de junio de 2022];49(2):11-14. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29381532/>

PRÁTICA DA EPISIOTOMIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

PRACTICE OF EPISIOTOMY: AN INTEGRATIVE REVIEW

PRÁCTICA DE LA EPISIOTOMÍA: UNA REVISIÓN INTEGRATIVA

Adrian Gabriel Varella dos Reis¹

Sidnéia Tessmer Casarin²

Fernanda Eisenhardt de Mello³

Stefanie Griebeler Oliveira⁴

Vania Dias Cruz⁵

Milena Oliveira do Espírito Santo⁶

¹ Universidade Federal de Pelotas. <https://orcid.org/0000-0002-3150-5146>.

² Universidade Federal de Pelotas. <http://orcid.org/0000-0001-8190-1318>.

³ Universidade Federal de Pelotas. <https://orcid.org/0000-0003-3423-5599>.

⁴ Universidade Federal de Pelotas. <https://orcid.org/0000-0002-8672-6907>.

⁵ Universidade Federal de Pelotas. <https://orcid.org/0000-0001-9729-2078>.

⁶ Universidade Federal de Pelotas. <https://orcid.org/0000-0002-6495-719X>.

Fecha de recepción: 16/12/21

Fecha de aceptación: 26/01/22

RESUMO

Objetivo: Conhecer os aspectos acerca da prática da episiotomia no parto vaginal.

Metodologia: Revisão integrativa realizada em outubro de 2021. Foram coletadas 81 publicações na biblioteca Catálogo de Teses e Dissertações Capes, 24 publicações na base de dados Literatura Latino-americana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), 891 publicações na base de dados Public Medline (PubMed) e 20 publicações na base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO). Após leitura dos títulos e resumos, e da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 44 publicações foram selecionadas para leitura na íntegra, resultando em 13 publicações, as quais compuseram o escopo de análise deste estudo. **Resultados:** Foram evidenciados os seguintes aspectos sobre a prática da episiotomia: fatores associados à prática da episiotomia; prevalência/taxas de episiotomia; comparação entre a prática da episiotomia e a não prática da episiotomia; fatores associados à proteção e integridade perineal; fatores associados a lacerações perante a prática da episiotomia; comparação entre o reparo da episiotomia e laceração espontânea; orientações sobre a prática da episiotomia a pacientes; posicionamentos de profissionais a respeito da prática da episiotomia; percepção de mulheres sobre a prática da episiotomia. **Conclusões:** Foi possível conhecer a natureza das publicações científicas, identificando quais aspectos essas publicações abordam acerca da episiotomia, observando os prós e contras da sua realização.

Palavras Chaves: Episiotomia; Parto Normal; Obstetrícia.

ABSTRACT

Objective: To know the aspects about the practice of episiotomy in vaginal delivery.

Methodology: Integrative review carried out in October 2021. 81 publications were

collected in the Catálogo de Teses e Dissertações Capes library, 24 publications in the Literatura Latino-americana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS) database, 891 publications in the database Public Medline (PubMed) data and 20 publications in the Scientific Electronic Library Online (SciELO) database. After reading the titles and abstracts, and applying the inclusion and exclusion criteria, 44 publications were selected for full reading, resulting in 13 publications, which comprised the scope of analysis of this study. **Results:** The following aspects about the practice of episiotomy were evidenced: factors associated with the practice of episiotomy; episiotomy prevalence/rates; comparison between the practice of episiotomy and the non-practice of episiotomy; factors associated with perineal protection and integrity; factors associated with lacerations in relation to the practice of episiotomy; comparison between episiotomy repair and spontaneous laceration; guidelines on the practice of episiotomy to patients; professional positions regarding the practice of episiotomy; perception of women about the practice of episiotomy. **Conclusions:** It was possible to know the nature of scientific publications, identifying which aspects these publications address about episiotomy, observing the pros and cons of its realization.

Keywords: Episiotomy; Natural Childbirth; Obstetrics.

RESUMEN

Objetivo: Conocer los aspectos sobre la práctica de la episiotomía en el parto vaginal.

Metodología: Revisión integradora realizada en octubre de 2021. Se recolectaron 81 publicaciones en la biblioteca Catálogo de Teses e Dissertações Capes, 24 publicaciones en la base de datos Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), 891 publicaciones en la base de datos Public Medline (PubMed) data y 20

publicaciones en la base de datos Scientific Eletronic Library Online (SciELO). Luego de la lectura de los títulos y resúmenes, y aplicando los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron 44 publicaciones para lectura completa, resultando en 13 publicaciones, que comprendieron el ámbito de análisis de este estudio. **Resultados:** Se evidenciaron los siguientes aspectos sobre la práctica de episiotomía: factores asociados a la práctica de episiotomía; prevalencia/tasas de episiotomía; comparación entre la práctica de episiotomía y la no práctica de episiotomía; factores asociados a la protección e integridad perineal; factores asociados a laceraciones en relación con la práctica de episiotomía; comparación entre reparación de episiotomía y laceración espontánea; lineamientos sobre la práctica de episiotomía a pacientes; posiciones profesionales respecto a la práctica de la episiotomía; percepción de las mujeres sobre la práctica de la episiotomía. **Conclusiones:** Se pudo conocer la naturaleza de las publicaciones científicas, identificando qué aspectos abordan estas publicaciones sobre la episiotomía, observando los pros y los contras de su realización.

Palabras Claves: Episiotomía; Parto Normal; Obstetricia.

INTRODUCCIÓN

A história do parto e nascimento vem sendo transformada progressivamente no decorrer das décadas. Esses eventos são mencionados, historicamente, por serem conduzidos por mulheres conhecidas popularmente como “parteiras leigas”, “aparadeiras” ou “comadres”. Essas possuíam saber empírico e assistiam mulheres durante a gestação, parto e puerpério, produzindo cuidados e orientações no âmbito da saúde sexual e reprodutiva¹.

Com o desenvolver das tecnologias que cercam os saberes e as esferas da saúde humana, a Medicina, como modelo, incorporou a assistência ao parto e nascimento aos seus poderes, intitulando-a como a “Arte Obstétrica”. Historicamente, este processo ocorreu, em princípio, na Europa, estendendo-se para todo o mundo². A partir do século XVIII, o parto e nascimento, que, majoritariamente, eram realizados em domicílio, passam a ser institucionalizados, ganhando caráter industrializado. Nesse cenário, onde a Medicina e o ser médico ganham poder e controle sobre os eventos da parturição, surge uma gama de intervenções obstétricas voltada a esse fenômeno, subsidiando, ao longo dos anos, condutas exacerbadas frente à assistência à gestação, parto e puerpério. Por sua vez, essas condutas contribuíram para a redução do protagonismo da mulher e sua família no decorrer do processo de concepção de seus filhos³.

Em 1741, a episiotomia foi mencionada por Sir Fielding Ould, pela primeira vez, como uma intervenção médica preventiva à ocorrência de lacerações severas, devendo ser adotada em meio à urgências obstétricas e realizada de forma excepcional. Todavia, sob valimento de médicos como Ralph Hayward Pomeroy e Joseph DeLee, a episiotomia passou a ser amplamente inserida na assistência ao parto¹⁻³.

Pomeroy, em 1918, publicou um artigo intitulado: “*Shall we cut and reconstruct the perineum for every primipara?*”. Posicionando-se à favor da episiotomia, alegando que seu emprego reduzia os riscos de traumas cranioencefálicos do recém-nascido contra o assoalho pélvico, originando também a ideia de que a episiotomia poderia recompor a virgindade da mulher⁴. Em 1920, DeLee observa e defende o conceito de parto como um processo patológico e cabível de tratamento. Assim, o uso precoce da episiotomia foi sugerido, bem como a utilização do fórceps. Para a episiotomia acreditavam que a mesma reduzia o período expulsivo, bem como o esforço da mulher, além de mencionarem que

a integridade da pelve e vagina era preservada e que minimizava o risco de traumas cranioencefálicos para o recém-nascido¹⁻⁵.

Apesar de Pomeroy e DeLee não mencionarem evidências científicas em seus apontamentos, pois não existiam estudos que corroborassem com tais evidências, suas teorias foram abertamente aplicadas à assistência ao parto, perdurando em todo o século XX. Contudo, em 1980, surgem novos estudos, em especial ensaios clínicos randomizados, que culminaram em evidências contrárias às que Pomeroy e DeLee apontaram. Ademais, estes estudos trouxeram questionamentos sobre a eficácia e necessidade da episiotomia na assistência ao parto e nascimento, em vista de que a prática da episiotomia não possui suporte científico⁶.

No cenário em vigência, a episiotomia, considerada uma cirurgia do assoalho pélvico, é uma intervenção obstétrica realizada no decorrer do parto vaginal. Esse procedimento, definido como uma incisão cirúrgica no períneo, é empregado com a prerrogativa de preservar as estruturas que compõem o aparelho genital feminino e estruturas adjacentes, promovendo a fácil saída do recém-nascido pelo canal vaginal e reduzindo a morbimortalidade materno-infantil. Havendo duas técnicas para sua realização, sendo elas a episiotomia mediana e a episiotomia médio-lateral⁷. Estima-se que, em média, esse procedimento obstétrico seja realizado em cerca de 40% dos partos vaginais de todo o mundo. Taxa que pode ser ainda maior, uma vez que, em vários países, não há registro oficial do procedimento, fator que torna a episiotomia “invisível”, principalmente, aos sistemas de informação sobre saúde⁸⁻⁹.

Ainda que a *World Health Organization* (WHO) recomende o desenvolvimento de boas práticas, baseadas em evidências científicas, e reafirme que o parto é um evento natural que não necessita de controle, mas de cuidados, o modelo de atenção ao parto perpetua-

se intervencionista. Além disso, de acordo com o preconizado pela WHO, nas publicações “*WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*” e “*WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience*”, para que haja boas experiências na gravidez, parto e pós-parto, as taxas de intervenções obstétricas devem se manter entre 10% e 30%¹⁰⁻¹¹.

Considerando as frágeis justificativas que preservam a episiotomia no ambiente da parturição, a literatura aborda uma grande escala de possíveis complicações que a prática desse procedimento pode promover, como a ocorrência de hemorragias, hematomas, infecções, traumas perineais (em especial lacerações perineais de graus 3º e 4º), incontinência urinária e fecal, prolapso genitais, rupturas do esfíncter anal, necessidade de correção cirúrgica, dentre outras. Complicações estas que impactam diretamente na qualidade de vida de mulheres⁸⁻⁹.

Diante do exposto, tendo em vista que as taxas da episiotomia mostram-se, na maioria, superiores ao recomendado⁹, surge a necessidade de investigar, na literatura científica, o que é produzido atualmente sobre a prática da episiotomia no parto vaginal. Permitindo a captação de produções científicas coerentes com a temática, este estudo tem como questão norteadora: “Quais aspectos a respeito da prática da episiotomia no parto vaginal são encontrados nas produções científicas?”. E como objetivo conhecer os aspectos acerca da prática da episiotomia no parto vaginal.

METODO

Trata-se de uma pesquisa do tipo revisão integrativa, seguindo-se os seis passos para sintetizar uma revisão: elaboração das questão norteadora (definição do problema; questão de pesquisa; estratégia de busca; definição dos descritores; definição das bases

de dados); busca ou amostragem na literatura (uso das bases de dados; busca nas bases de dados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão); coleta de dados (leitura do resumo, palavras-chave e título; organização e identificação dos estudos); análises crítica dos estudos incluídos (desenvolvimento e uso de matriz de síntese; categorização e análise dos estudos); discussão dos resultados; apresentação da revisão integrativa¹².

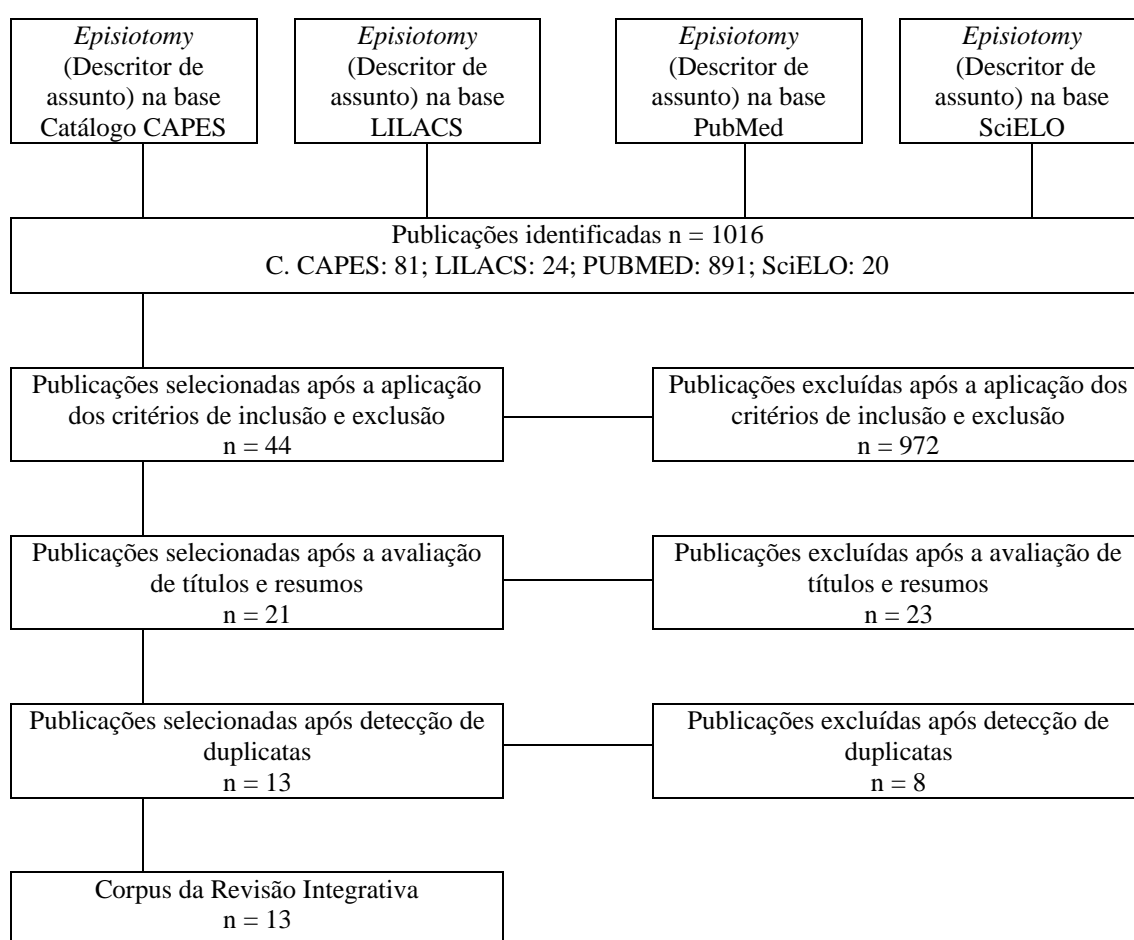
A formulação da questão norteadora seguiu o formato do modelo de PICOT ou PICOD, que possui como finalidade a definição do problema e formulação da pergunta clínica da pesquisa. Formada por diversos elementos, quatro deles estão relacionados no anagrama PICO (População; Intervenção; Comparação; *Outcomes*) (STILLWELL et al., 2010). Assim, os elementos foram: o primeiro (P), episiotomia; o segundo (I), parto vaginal; o terceiro (C) não foi utilizado; e o quarto (O), produção científica¹³. A questão de pesquisa formulada foi: “Quais aspectos a respeito da prática da episiotomia no parto vaginal são encontrados nas produções científicas?”.

O levantamento das publicações realizou-se por meio de busca *online* nas bases de dados e bibliotecas Catálogo de Teses e Dissertações da Capes, *Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud* (LILACS), *Public Medline* (PubMed) e *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO). Essas bases de dados e bibliotecas fornecem, por meio de seus *sites*, acesso livre e universal a diversos conteúdos em formato eletrônico. Reunindo textos nacionais e internacionais, trabalhos acadêmicos e científicos, além de patentes, teses e dissertações, entre outros tipos de materiais, cobrindo todas as áreas do conhecimento.

Conforme a Figura 1, para as buscas das publicações, foi utilizado o seguinte descritor com base no *MeSH Term* e no DeCS - Descritor em Ciência da Saúde: “*episiotomy*”. Foram incluídos, para a construção desta revisão, artigos originais de pesquisa, relatos de

experiências, teses e dissertações. Todos publicados entre os anos de 2016 e 2021, nos idiomas inglês, português e espanhol, disponíveis *online* na íntegra e de forma gratuita. Foram excluídos, os estudos de revisões, monografias, editoriais, resumos publicados em anais de eventos de qualquer natureza, manuais institucionais ou materiais educativos, publicações com acesso disponível somente na forma impressa ou disponíveis mediante pagamento.

Figura 1. Fluxo do processo de buscas nas bases de dados e bibliotecas.



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2021.

Após o cruzamento do *MeSH Terms/DeCS*, identificaram-se 1016 resultados (Catálogo de Teses e Dissertações da Capes: 81 resultados; LILACS: 24 resultados; PUBMED: 891 resultados; SciELO: 20 resultados), os quais foram exportados para o gerenciador de referência Mendeley®. Com a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, resultaram

44 publicações. Destas, 24 foram excluídas após leitura dos títulos e resumos, onde se verificou se elas atendiam à questão norteadora, resultando na seleção de 21 publicações. Ainda, foi realizada a busca por publicações em duplicatas, resultando na detecção e exclusão de oito publicações. Após todas as fases supracitadas, obteve-se o resultado de 13 publicações para compor o *corpus* desta revisão.

Uma matriz de síntese viabiliza a análise dos dados de uma pesquisa de revisão da literatura, de modo a colaborar com a síntese do conhecimento adquirido ao longo do seu desenvolvimento¹⁴. Dessa forma, após a leitura integral das publicações selecionadas, elas foram incorporadas em uma planilha, com seus dados extraídos e sintetizados, para melhor visualização, análise e discussão. Para a análise dos dados, os achados foram agrupados em categorias, a partir do que foi discutido nos estudos incluídos, e armazenados no programa Microsoft Excel[®], colaborando com a construção da matriz de síntese. Esta matriz propôs a organização das seguintes informações: tipo de publicação; título de publicação; objetivo do estudo; tipo de estudo; ano de publicação; idioma de publicação; país de origem do estudo; área do conhecimento; aspectos sobre a prática da episiotomia no parto vaginal.

Se tratando de uma revisão da literatura, torna-se dispensável a aprovação por parte do Comitê de Ética em Pesquisa. Todavia, este trabalho respeita a Lei nº 9.610 de 1º de fevereiro de 1998, que rege os direitos autorais no Brasil¹⁵. Levando em consideração esses aspectos legais, os autores responsabilizam-se pela temática estudada e o conteúdo obtido pelas buscas nas bases de dados, não adulterando conteúdos e comprometendo-se a não praticar ações que possam ser configuradas como plágio. Além do mais, este estudo também respeita os artigos 58, 96, 97 e 98 da Resolução 564/2017 do Conselho Federal de Enfermagem¹⁶.

RESULTADOS

Apresentam-se nesta seção as publicações encontradas nas buscas nas bases de dados, assim como a caracterização dos aspectos sobre a prática da episiotomia.

Corpus da Revisão Integrativa

Após o processo de busca de publicações nas bases de dados e bibliotecas, foram colhidas 13 publicações. Essas, exibidas no Quadro 1, constituíram o *corpus* final do estudo em questão. Observa-se que, das 13 publicações, predominam os artigos científicos (69,2%)¹⁷⁻¹⁹⁻²¹⁻²²⁻²⁴⁻²⁶⁻²⁷⁻²⁸⁻²⁹, seguidos por dissertações de mestrado (15,4%)²³⁻²⁵ e teses de doutorado (15,4%)¹⁸⁻²⁰. Sobre as bases de dados e bibliotecas, as publicações foram colhidas: 30,7%¹⁷⁻²⁶⁻²⁷⁻²⁸ na SciELO, 30,7%¹⁸⁻²⁰⁻²³⁻²⁵ no Catálogo de Teses e Dissertações Capes, 23%¹⁹⁻²²⁻²⁴ na LILACS e 15,4%²¹⁻²⁹ na PubMed.

Categorização das publicações

Relacionado à frequência dos anos em que os estudos foram publicados, a maior frequência foi no ano 2016 (30,7%)¹⁷⁻¹⁸⁻¹⁹⁻²⁰, em sequência, 2017 (23%)²¹⁻²²⁻²³, 2018 (15,4%)²⁴⁻²⁵, 2019 (15,4%)²⁶⁻²⁷, 2020 (7,7%)²⁸ e 2021 (7,7%)²⁹.

Sobre o país, observa-se que a maioria dos estudos foi desenvolvida no Brasil (61,5%)¹⁸⁻¹⁹⁻²⁰⁻²¹⁻²³⁻²⁵⁻²⁶⁻²⁸, seguindo-se Espanha (15,3%)¹⁷⁻²⁷, Colômbia (7,7%)²⁴ Equador (7,7%)²² e Israel (7,7%)²⁹. Associado ao idioma, considerando que alguns estudos foram publicados em mais de um idioma, a maioria foi publicada em português (53,8%)¹⁷⁻¹⁸⁻¹⁹⁻²⁰⁻²³⁻²⁵⁻²⁸, seguindo-se o espanhol (30,7%)¹⁷⁻²²⁻²⁴⁻²⁷ e inglês (30,7%)¹⁷⁻²¹⁻²⁶⁻²⁹.

Relacionado à área, observa-se que, de acordo com as revistas/bibliotecas onde os estudos foram publicados e considerando que alguns possuem mais de uma área, a maioria estava compreendida na área das Ciências da Saúde (69,2%)¹⁷⁻¹⁸⁻¹⁹⁻²⁰⁻²³⁻²⁵⁻²⁷⁻²⁸, seguindo-se obstetrícia e ginecologia (30,8%)²¹⁻²⁴⁻²⁶⁻²⁹, Medicina reprodutiva (7,7%)²¹ e Urologia

(7,7%)²⁹. E, ainda, a maioria dos estudos se apresentava em forma de pesquisa quantitativa (69,2%)²⁰⁻²¹⁻²²⁻²³⁻²⁴⁻²⁶⁻²⁷⁻²⁸⁻²⁹, seguida por pesquisa qualitativa (23%)¹⁸⁻¹⁹⁻²⁵ e pesquisa quantitativa e qualitativa (7,7%)¹⁷.

Quadro 1. Apresentação do tipo de publicação, título, objetivo e principais resultados dos estudos.

Ref	Tipo publicação	Título de publicação	Objetivo do estudo	Principais resultados dos estudos
17	Artigo científico	Episiotomia e sua relação com várias variáveis clínicas que influenciam seu desempenho	Compreender a taxa de episiotomia e sua relação com várias variáveis clínicas.	Taxas de episiotomia acima de 50%; Fatores desencadeadores de episiotomia: primariedade, posição de litotomia, uso de analgesia peridural, parto instrumentado, uso de ocitocina, indução do parto e partos pós-termo > 41 semanas de gestação. Fatores protetores da ocorrência de episiotomia: idade superior a 35 anos da mulher e peso fetal > 4000 g.
18	Tese de doutorado	Repensando a tesoura: compreendendo o posicionamento dos obstetras diante da episiotomia	Descrever e analisar o processo vivenciado pelos médicos obstetras, e que os levou ao posicionamento com relação à prática da episiotomia, tendo em vista sua formação, sua prática, o posicionamento de seus pares e o ambiente institucional.	Visualizado o desconhecimento de profissionais sobre a episiotomia, assim como indicação, benefícios e malefícios do procedimento. Identificada a necessidade de reformulação da educação médica, compatível com as evidências científicas atuais.
19	Artigo científico	A episiotomia na percepção de puérperas	Conhecer como a parturiente foi informada e orientada quanto à realização da episiotomia no parto.	As mulheres submetidas a episiotomia, em geral, possuem pouco conhecimento a respeito da prática da episiotomia. Desconhecem as consequências ou orientações, seja durante o pré-natal ou parto.
20	Tese de doutorado	Fatores associados à integridade perineal e à episiotomia no parto normal: estudo transversal	Identificar os fatores associados à episiotomia; identificar os fatores associados à integridade perineal no parto vaginal; descrever os motivos apontados para a realização de episiotomia por enfermeiras obstétricas; e identificar as manobras de proteção perineal realizadas por enfermeiras obstétricas em um Centro de Parto Normal.	Taxa de episiotomia acima de 25%, e de lacerações do períneo pós-episiotomia de 50%; Fatores desencadeadores de episiotomia: condições e dimensões do períneo, iminência de laceração perineal severa, macrossomia fetal, distocia de ombro e padrão não tranquilizador da frequência cardíaca fetal.
21	Artigo científico	Episiotomia seletiva vs. implementação de um protocolo de não episiotomia: um ensaio clínico randomizado	Comparar os resultados maternos e perinatais em mulheres submetidas a um protocolo de não episiotomia <i>versus</i> episiotomia seletiva.	É visualizado que é possível implementar um protocolo de não episiotomia para um grupo de mulheres com gravidez a termo e fetos em posição cefálica.
22	Artigo científico	Prevalência de episiotomia e fatores associados em pacientes do Centro Obstétrico do Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca Equador. 2014.	Determinar a prevalência de episiotomia em primíparas e sua relação com fatores como idade materna, altura materna, peso e perímetro cefálico do recém-nascido.	Taxa de episiotomia acima de 35%. Menciona que a episiotomia de rotina deve ser abandonada, devido às fracas evidências científicas e[,] em caso de realização[,] deve ser avaliada a relação risco <i>versus</i> benefício.
23	Dissertação de mestrado	Impacto nas taxas de lacerações obstétricas do esfíncter anal	Analisar se a redução na taxa de episiotomia em hospital-escola no Brasil foi associada a um aumento	Analisada a redução da taxa de episiotomia de 59% para 44%. Menciona que a episiotomia é protetora da ocorrência de

		com o uso restrito da episiotomia em um hospital escola	na incidência de lacerações obstétricas do esfíncter anal, além de fatores associados a elas.	lacerações do esfíncter anal, porém ressalta que a ocorrência de lesões do esfíncter anal em partos com episiotomia <i>versus</i> sem episiotomia é pequena.
24	Artigo científico	Frequência de episiotomia e complicações no Serviço de Obstetrícia do Hospital Universitário San José, Popayán (Colômbia), 2016. Exploração dos fatores maternos e perinatais associados ao seu desempenho	Determinar a frequência com que a episiotomia é realizada, explorar os fatores associados à sua realização e descrever os resultados maternos e perinatais no serviço obstétrico.	Taxa de episiotomia acima de 35%. Fatores desencadeadores de episiotomia: primariedade, idade da mulher menor que 19 anos. Fatores protetores da ocorrência de episiotomia: idade da mulher superior a 25 anos. Visto que os desfechos maternos e neonatais de pacientes que fizeram episiotomia não foram mais satisfatórios.
25	Dissertação de mestrado	Repercussões e percepções de mulheres submetidas à episiotomia	Descrever a vivência de mulheres submetidas à episiotomia /episiotomia após o puerpério tardio.	A episiotomia aparece dotada, no discurso, como procedimento pouco conhecido antes da experiência vivida, entretanto [,] compreendido como necessário para o desfecho positivo do parto. A adoção do procedimento é atribuída pelas mulheres como uma ajuda necessária ao nascimento e é vinculada com a incapacidade de parir sem ajuda.
26	Artigo científico	Conhecimento, atitude e prática dos obstetras brasileiros em relação à episiotomia	Determinar o nível e os fatores associados a conhecimento, atitude e prática dos obstetras brasileiros em relação à episiotomia.	A maioria dos participantes possuía conhecimento, atitudes e práticas inadequadas em relação à episiotomia.
27	Artigo científico	ADOLEC – Taxa de episiotomia no Hospital das Clínicas Universitárias da Arrixaca e fatores que influenciam na sua prática	Conhecer a taxa de episiotomia e sua adaptação às recomendações do Ministério da Saúde, Consumo e Previdência Social e avaliar os fatores associados.	Taxa de episiotomia acima de 35%. A primariedade é vinculada como principal fator desencadeador de episiotomia. Existe uma relação significativa entre a prática da episiotomia e risco de maior grau de ruptura perineal.
28	Artigo científico	Fatores associados à realização de episiotomia	Avaliar os fatores associados à realização de episiotomia.	Foi observado que mulheres mais jovens, primíparas, mulheres atendidas por outro profissional que não a enfermeira obstétrica e mulheres que tiveram seus bebês em hospital privado têm maior chance de serem submetidas a esse procedimento.
29	Artigo científico	Em mulheres com parto vaginal espontâneo, o reparo de lacerações perineais pode ser mais fácil do que a episiotomia	Examinar uma suposição comum de que a sutura da episiotomia, uma incisão direta controlada pelo executante, pode ser mais fácil em comparação com o reparo de rupturas perineais espontâneas imprevisíveis.	Em mulheres com parto vaginal não operatório, a sutura de lacerações perineais espontâneas foi mais fácil e mais curta em comparação com o reparo da episiotomia.

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2021.

Quadro 2. Caracterização das publicações.

Referência	Ano	Idioma	País	Área	Tipo de estudo
17	2016	Português Inglês Espanhol	Espanha	Ciências da saúde	Quantitativo e qualitativo
18	2016	Português	Brasil	Ciências da saúde	Qualitativo
19	2016	Português	Brasil	Ciências da saúde	Qualitativo
20	2016	Português	Brasil	Ciências da saúde	Quantitativo
21	2017	Inglês	Brasil	Medicina reprodutiva; obstetrícia e ginecologia	Quantitativo
22	2017	Espanhol	Equador	Ciências da saúde	Quantitativo
23	2017	Português	Brasil	Ciências da saúde	Quantitativo
24	2018	Espanhol	Colômbia	Obstetrícia e ginecologia	Quantitativo
25	2018	Português	Brasil	Ciências da saúde	Qualitativo
26	2019	Inglês	Brasil	Obstetrícia e ginecologia	Quantitativo
27	2019	Espanhol	Espanha	Ciências da saúde	Quantitativo
28	2020	Português Inglês	Brasil	Ciências da saúde	Quantitativo
29	2021	Inglês	Israel	Obstetrícia e ginecologia; Urologia.	Quantitativo

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2021.

Aspectos relacionados a prática da episiotomia no parto vaginal

Ao analisar o conteúdo das publicações, observaram-se as seguintes temáticas sobre os aspectos da prática da episiotomia no parto vaginal: fatores associados à prática da episiotomia (53,8%)¹⁷⁻²⁰⁻²²⁻²⁴⁻²⁶⁻²⁷⁻²⁸; prevalência/taxas de episiotomia (30,7%)¹⁷⁻²²⁻²⁴⁻²⁷; comparação entre a prática da episiotomia e a não prática da episiotomia (15,4%)²¹⁻²³; fatores associados à proteção e integridade perineal (7,7%)²⁰; fatores associados a lacerações perante a prática da episiotomia (7,7%)²³; comparação entre o reparo da episiotomia e laceração espontânea (7,7%)²⁹; orientações sobre a prática da episiotomia a pacientes (7,7%)¹⁹; posicionamentos de profissionais a respeito da prática da episiotomia (7,7%)¹⁸; percepção de mulheres sobre a prática da episiotomia (7,7%)²⁵.

Um estudo¹⁷ mencionou que os fatores desencadeadores da prática da episiotomia, apesar de variados, andam em concomitância. Além disso, quando analisados os dados das publicações contidas nesse artigo, percebe-se que os fatores desencadeadores da prática da episiotomia seguem um parâmetro. Sendo possível classificá-los em determinantes biológicos e determinantes assistenciais.

Dos determinantes biológicos: a primariedade é o principal fator associado à realização da episiotomia e, ainda, é possível visualizar associação à gestação pós-termo, idade da mulher inferior a 35 anos, peso fetal superior a 3000 g¹⁷⁻²⁰⁻²²⁻²⁴⁻²⁷⁻²⁸. Dos determinantes assistenciais: a indução do parto, principalmente vinculada ao uso de fármacos como ocitocina; analgesia peridural; posição da parturiente durante a fase de expulsão, em especial a posição ginecológica (ou de litotomia); parto instrumentado; uso da episiotomia em parto anterior; profissional com idade avançada e/ou período longo de atuação profissional¹⁷⁻²⁰⁻²²⁻²⁴⁻²⁶⁻²⁷.

Gemma discorre que os fatores associados à prática da episiotomia consistem, na maioria, em determinantes assistenciais. Mencionando que mulheres atendidas por outro profissional que não o enfermeiro obstétrico possui maior risco de serem submetidas a episiotomia. Frisando que a presença da enfermagem na assistência ao parto é um fator protetivo à integridade perineal²⁰. Ainda, Aguiar também conclui que mulheres atendidas em instituições de caráter privado têm maior probabilidade de serem submetidas a esse procedimento²⁸.

Relacionado à prevalência de episiotomia, é possível analisar, apesar do baixo quantitativo de dados obtidos, as taxas de episiotomia no parto vaginal, principalmente, em território nacional. No continente europeu, em Múrcia (Espanha), no período de 2011 a 2012, a episiotomia aparece em 49,9% dos partos vaginais¹⁷, e no período de 2016 a 2017 essa porcentagem decaiu para 36,5%²⁷. No continente asiático, em Haifa (Israel), em

2020, a episiotomia aparece em 31,4% dos partos vaginais. Na América do Sul, os dados sobre as taxas de episiotomia apresentam-se variados. Em Cuenca (Equador), em 2014, a episiotomia aparece em 35,5% dos partos vaginais²². Em Cauca (Colômbia), em 2016, a episiotomia aparece em 30,4% dos partos vaginais²⁴. No Brasil, os dados estão de acordo com suas macrorregiões. No Sudeste, em Belo Horizonte/MG, no ano de 2011, a episiotomia aparece em 26,3% dos partos vaginais²⁸, já em São Paulo/SP, no período de 2014 a 2015, a episiotomia é visualizada em 23,8%²⁰. No Sul, em Porto Alegre/RS, no período de 2011 a 2012, a episiotomia aparece em 59,4% dos partos vaginais, e no período de 2015 a 2016 a episiotomia é visualizada em 44,2%²³.

Apesar de algumas evidências científicas corroborarem com o uso seletivo da episiotomia e contraindicarem o seu uso rotineiro, há poucas evidências que analisem se a episiotomia é necessária em qualquer circunstância²¹. Assim, Amorim et al. realiza um ensaio clínico randomizado, em 2017, comparando os resultados maternos e perinatais em mulheres submetidas a um protocolo de não episiotomia *versus* episiotomia seletiva. E, ao analisar os dados da pesquisa, observa poucas desigualdades nos resultados de ambos os protocolos. Evidência que um protocolo de não episiotomia é implementável e seguro para mulher e recém-nascido e destaca a necessidade de investigar, para além, se há de fato alguma indicação real para esse procedimento²¹.

A episiotomia é evocada, em algumas literaturas³⁰⁻³¹⁻³², como protetora da ocorrência de laceração obstétrica do esfíncter anal. Nesse contexto, Schneider desenvolve sua pesquisa com objetivo de comparar as taxas de lacerações perineais graves (terceiro e quarto graus) com a redução nas taxas de episiotomia, comparando os resultados maternos e perinatais de mulheres submetidas a um protocolo de episiotomia seletiva *versus* protocolo de não episiotomia. Concluindo que uma episiotomia realizada de forma inadequada nas

situações em que há indicação pode não proteger o esfíncter anal, contrapondo-se à literatura²³.

O autor de um artigo²⁹, ao depara-se com o senso comum dos profissionais que praticam a episiotomia de que a sutura de episiotomia, uma incisão direta controlada por executante, pode ser mais fácil, em comparação com o reparo de lacerações perineais espontâneas imprevisíveis, desenvolveu um ensaio clínico randomizado como a finalidade de avaliar essa afirmativa. As características de sutura foram comparadas entre partos vaginais com episiotomia e lacerações perineais espontâneas, chegando à conclusão de que, em mulheres com parto vaginal, a sutura de lacerações perineais espontâneas é mais fácil e mais curta, em comparação com o reparo de episiotomia. Considerando que esse achado pode relacionar-se com a natureza imprevisível das rupturas perineais, que podem ser mais curtas e superficiais, em comparação com a incisão de episiotomia padrão.

Com o objetivo de conhecer como as mulheres parturientes foram informadas e orientadas quanto à realização da episiotomia no parto, foi desenvolvido um estudo¹⁹ quantitativo e descrito, com parturientes em uma maternidade pública do Sul do Brasil, em 2015. Com os dados desse estudo, observou-se que a maioria das mulheres não havia recebido informações sobre a episiotomia, fosse no pré-natal ou parto, deixando claro o desconhecimento desse procedimento no ambiente da parturição, pelas parturientes e suas famílias. Também foi observada postura de submissão, por parte das parturientes, durante a assistência ao parto e nascimento. Levando à conclusão de que o cenário da assistência ao parto e nascimento visualizado nesse estudo era de um ambiente onde a mulher perdeu a autonomia do seu parto e tornou-se subordinada às decisões e práticas dos profissionais da saúde¹⁹.

Ademais, levando em consideração a temática supracitada, Nascimento argumenta que parturientes submetidas a episiotomia, além de, na maioria, desconhecerem o procedimento, acabam vinculando a episiotomia como um “mal necessário”. Uma vez que se descrevem incapazes de passar pelo trabalho de parto sem auxílio profissional e acreditam que, apenas com a episiotomia, dentre outros procedimentos, será possível um binômio mãe/recém-nascido saudável²⁵.

Abordando a temática sobre o posicionamento dos médicos obstetras diante da episiotomia, Nascimento¹⁸ desenvolveu uma pesquisa com abordagem qualitativa, com o objetivo de descrever e analisar o processo vivenciado pelos médicos obstetras e o que os levou a seu posicionamento com relação à prática da episiotomia, tendo em vista sua formação acadêmica, prática profissional e o ambiente institucional em que atuavam. Foi verificado que os médicos obstetras passaram a realizar a episiotomia ainda como alunos da graduação, por volta do terceiro ou quarto ano acadêmico. Após introdução teórica, onde mencionaram que lhes foi ensinado que a episiotomia é empregada em 100% das parturientes primárias e 100% das parturientes que anteriormente foram submetidas a episiotomia¹⁸.

Ainda, é mencionado que, no ensino da graduação, aulas voltadas aos direitos sexuais e reprodutivos são pouco ou não estão presentes no ensino da medicina. A prática da episiotomia é alicerçada, principalmente, de modo hierárquico, onde o aluno mais graduado passa o conhecimento sobre a técnica do procedimento para o aluno menos graduado. Também é citado que a maioria dos profissionais inclusos nessa pesquisa desconhecia as reais indicações da episiotomia, assim como fatores desencadeadores da prática e fatores de risco. Todavia, essa maioria também usava a episiotomia no ambiente institucional em que atuava¹⁸.

DISCUSSAO

Sobre os anos com maior frequência de estudos publicados, que foram 2016 (30,7%) e 2017 (23%), podem se relacionar ao surgimento de pesquisas como *Nascer no Brasil*⁹ e guias similares às Diretrizes Nacionais da Assistência ao Parto³³, que explanam e conduzem a assistência do pré-natal, parto e puerpério, podendo impulsionar o desenvolvimento e a publicação de estudos, no Brasil. E, em nível global, essa frequência pode ser atribuída às recomendações dadas pela OMS, nas publicações “*WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*”¹¹ e “*WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience*”¹⁰, sobre cuidados para uma boa experiência na gravidez e parto. Ambas as publicações supracitadas abordam dados, recomendações e protocolos voltados ao pré-natal, parto e puerpério, influenciando a produção bibliográfica sobre as temáticas relacionadas a intervenções obstétricas e, conseqüentemente, sobre a prática da episiotomia.

Acerca do país onde os estudos foram desenvolvidos, observa-se que a maioria dos estudos é da América do Sul e, desses, 61,5% são do Brasil. Essa porcentagem pode ser ligada ao perfil da produção científica do Brasil. O Centro de Gestão e Estudos Estratégicos (CGEE) publicou, em 2021, o 1º Boletim Anual do OCTI: Panorama da Ciência Brasileira 2015-2020. Nesse boletim, foram analisados 238.629 artigos, a fim de analisar o estado da arte da ciência brasileira. A partir de seus dados, vislumbra-se que o campo da área da saúde representa 8,1% do total de publicações nacionais, e que esse campo possui temática diversas e ramificadas. Em saúde pública, um dos subcampos do campo área da saúde, representando 53% das publicações, o boletim chama a atenção para a crescente abordagem de temas voltados à gravidez. E, sobre isso, menciona uma nova disciplina na área da Saúde que enfatiza o relato, a análise e a prevenção dos erros médicos e dos eventos adversos deles decorrentes³⁴.

Sobre os achados nas publicações, visualizam-se temáticas variadas em relação à episiotomia. Observa-se que, considerando que alguns estudos trazem mais de uma temática, os fatores associados à prática da episiotomia aparecem em 53,8% dos estudos, as taxas de episiotomia em 30%, a comparação da prática da episiotomia com a sua não realização em 15,3%. E algumas temáticas aparecem em 7,6% dos estudos, sendo elas: fatores associados a lacerações perante a prática da episiotomia; fatores associados à proteção e integridade perineal; orientações sobre a prática da episiotomia a pacientes; percepção de mulheres sobre a prática da episiotomia; posicionamento de profissionais a respeito da prática da episiotomia.

A WHO recomenda que, em uma instituição, as taxas de episiotomia não ultrapassem o percentual de 10%, para que haja experiências positivas no decorrer do parto¹⁰. Aos observar os dados obtidos, percebe-se que todas as taxas de episiotomia encontram-se acima do recomendado às instituições, independente do município/país ou ano. Ainda, é possível visualizar grande disparidade quanto às taxas de episiotomia de acordo com as macrorregiões do Brasil. Segundo os dados, no Sudeste encontramos a taxa média de 25% e no Sul, 51,8% (2011/2012 representam 59,4% e 2015/2016 representam 44,2%).

Contrastando os achados supracitados com a literatura e as recomendações da WHO, o cenário atual do parto vaginal pode ser caracterizado como um cenário de muitas intervenções obstétricas que, por sua vez, desvinculam o parto vaginal como um evento natural e fisiológico. Ainda, esse cenário é vinculado como desencadeador de estresse para mulheres e suas famílias. O uso intervenções obstétricas, sobretudo da episiotomia, de forma deliberada e rotineira, gera a visão negativa das mulheres sobre o parto, em especial o parto vaginal, produzindo o entendimento de que a experiência da parturição é negativa³⁵.

Em um estudo²⁸, baseado em uma pesquisa intitulada “Nascer em Belo Horizonte: Inquérito sobre o parto e nascimento”, foram analisados os dados de 577 mulheres com desfecho clínico em parto vaginal. Por meio desse estudo, foi visualizado que a episiotomia aparecia em 26,3% dos partos vaginais e, destes, 40,7% das parturientes desconheciam que a episiotomia havia sido empregada. Estudos recentes evidenciam que a maioria das mulheres submetidas à cesariana e procedimentos como a episiotomia e exames vaginais são submetidas a essas práticas sem seu consentimento³⁶. Em conformidade com os resultados deste estudo²⁸, assim como os de outros autores, constata-se que várias intervenções obstétricas durante o trabalho de parto violam os direitos das mulheres, deixando evidente que, com o passar das décadas, as mulheres vêm, cada vez mais, perdendo a autonomia no processo de parir, sendo sujeitas aos desejos dos profissionais que assistem seus partos¹⁷⁻²⁰⁻²³⁻²⁸⁻³⁶.

Identifica-se que quase a totalidade das mulheres desconhece os procedimentos realizados em seus partos, além disso, não recebem quaisquer informações e justificativas sobre essas intervenções, ficando à mercê das decisões do profissional sobre seus corpos³⁷. Em uma pesquisa¹⁹, foi afirmado que mulheres recebem pouca ou nenhuma informação sobre a episiotomia, desconhecendo sua prática, indicações, riscos e benefícios. Ainda, verificou-se que mulheres submetidas a episiotomia a apontaram como um procedimento pouco conhecido antes da experiência vivida, entretanto, compreendido como necessário para o desfecho positivo do parto.

Assim, a adoção de intervenções obstétricas, unida ao desconhecimento sobre elas, origina a compreensão de que intervenções no decorrer do trabalho de parto são uma ajuda necessária ao nascimento. E, ainda, é denotado que mulheres possuem a incapacidade de parir sem auxílio profissional¹⁹⁻²⁵. Logo, o parto e nascimento vêm sendo

vinculados a experiências negativas, onde mulheres têm sido expostas a situações indesejadas e agressivas, acarretando vivências traumáticas³⁸.

No prisma da prática da episiotomia, os autores das publicações incluídas neste estudo entram em congruência quanto aos fatores que se associam à realização desse procedimento. A primariedade é evidenciada como o principal fator associado ao risco de episiotomia. E são visualizados fatores como: idade materna inferior a 35 anos; posição materna durante a fase de expulsão, em especial a litotomia; uso de mecanismo de indução do parto, em especial os farmacológicos; mulheres assistidas por profissionais que não o enfermeiro obstetra; mulheres que tiveram seus bebês em instituições privadas; características neonatais, peso do recém-nascido superior a 3000 gramas e perímetro cefálico do recém-nascido maior que 33 centímetros. Todos esses fatores encontram-se intrinsecamente ligados ao aumento do risco da ocorrência de episiotomia¹⁷⁻²³⁻²⁶⁻²⁸.

Como observado, os fatores associados à realização da episiotomia apresentam-se diversos e possuem justificativas rasas, resultando na prática desse procedimento, na maioria dos partos vaginais. Essa ocorrência pode relacionar-se a orientações dadas em livros e textos de obstetrícia, por exemplo, em alguns textos amplamente utilizados por profissionais da área obstétrica a episiotomia é indicada quando o períneo apresenta pouca elasticidade, sendo também mencionada como indispensável nas primíparturientes e nas múltíparas anteriormente episiotomizadas³⁹.

Com o objetivo comparar os resultados maternos e perinatais em mulheres submetidas a um protocolo de não episiotomia *versus* um protocolo de episiotomia seletiva, um artigo²¹ traz um ensaio clínico randomizado em um hospital universitário terciário em Recife, Brasil. Nesse estudo, 241 mulheres, com gravidez a termo em posição cefálica, foram randomizadas para um protocolo de não episiotomia (o grupo experimental) ou para um protocolo seletivo. Verificando-se uma taxa de episiotomia inferior a 2%, nesse estudo

foram observadas variações ínfimas no desempenho da parturição das mulheres episiotomizadas para as não episiotomizadas. Sendo possível constatar que é possível implementar protocolos de não episiotomia, ressaltando que o fim da episiotomia é meta que deve ser perseguida dentro de um modelo de atenção ao parto humanizado²¹.

Em similaridade ao estudo acima, em um estudo²³, foram comparadas as taxas de lacerações perineais graves (terceiro e quarto graus), no parto vaginal com episiotomia e sem episiotomia, e constatou-se que as lacerações perineais ocorreram independentemente do uso, ou não, da episiotomia. O que desmistifica um dos achados da literatura que descreve que uma das justificativas para a aplicação da episiotomia na assistência ao parto é a redução das lacerações perineais graves.

Na perspectiva das lacerações perineais, um autor²⁹ desenvolveu um ensaio clínico randomizado que examinou e comparou os resultados do reparo da episiotomia e laceração espontânea. Com esse estudo, foi observado que, em mulheres com parto vaginal não operatório, a sutura de lacerações perineais espontâneas foi mais fácil e mais curta, em comparação com o reparo de episiotomia. Podendo relacionar-se à natureza imprevisível das rupturas perineais espontâneas, que podem ser mais curtas e superficiais, em comparação com a incisão de episiotomia padrão.

Sobre a educação médica, no âmbito da prática da episiotomia, Carvalho menciona que a prática da episiotomia é disseminada de forma hierárquica e, principalmente, sem que o aluno seja ensinado pelo professor da escola médica e, sim, entre outros alunos, do mais graduado para o menos graduado. Transmitindo a insegurança técnica e o impedimento de questionar práticas e indicações médicas, a segurança do procedimento ou lesões decorrentes. Quanto à autonomia do paciente e sua família, os direitos reprodutivos, o direito à integridade corporal e ao consentimento para o desenvolvimento de prática, essas temáticas possuem carências no ensino dos profissionais devido à sua abordagem

simplista e escassa. Evidenciando que é necessária a reforma na educação médica, para que professores, atualizados com as evidências científicas, transmitam boas técnicas aos graduandos. Também se sugerem alterações na didática e conteúdo de disciplinas que discutam bioética, conectando-a com a prática profissional¹⁸.

CONCLUSOES

Esta revisão integrativa possibilitou evidenciar que o número de publicações originais com enfoque exclusivo nessa temática é pequeno, a episiotomia aparece, na maioria, como uma abordagem à parte. Foi possível conhecer a natureza das publicações científicas que, majoritariamente, foram publicações com pesquisas básicas.

Além disso, para melhor identificação e compreensão dos aspectos acerca da episiotomia no parto vaginal, foi desenvolvida uma matriz de síntese de conteúdo que viabilizou observar as temáticas sobre a episiotomia. Mesmo sendo identificadas temáticas diversas, as publicações científicas levam à compressão de que a episiotomia é uma intervenção obstétrica que possui poucos benefícios. Uma vez que essa intervenção é visualizada em um cenário onde os direitos das mulheres são negados ou negligenciados. Ainda, os resultados do parto vaginal com episiotomia versus o parto vaginal sem episiotomia são ínfimos, todavia, o parto vaginal com episiotomia sujeita a mulher a uma gama de possíveis malefícios e complicações pós-parto.

Do mesmo modo, é possível perceber que os profissionais que utilizam a prática da episiotomia em sua atividade profissional possuem carência de conhecimento científico sobre esse procedimento. Carência essa que é transportada desde a educação médica até o ambiente de atuação profissional, ocasionada por ensinamentos desatualizados em relação às evidências científicas atuais. O que leva a compreender que é necessária reforma na educação médica.

Os estudos das taxas de episiotomia foram os mais encontrados na literatura, em geral, a abordagem quantitativa foi a mais utilizada pelos autores. Notou-se que poucas das publicações selecionadas adotam a abordagem quantitativa, assim como temáticas voltadas a concepções da parturiente sobre a episiotomia. Levando em consideração que a prática da episiotomia é realizada em parturientes, julga-se imprescindível o desenvolvimento de temáticas voltadas às percepções das mesmas sobre essa intervenção obstétrica e que tragam abordagem interpretativa dos dados obtidos com pesquisas voltadas à episiotomia.

Conflitos de Interesse: Não são declarados conflitos de interesse.

Financiamento: Não há fontes de financiamento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Odent M. Campones e a Parteira, O. São Paulo: Editora Ground, 2016. 196 p.
2. Brenes AC. História da parturição no Brasil, século XIX. Cad Saúde Pública. [Internet]. 1992 [Citado em 13 de dezembro de 2021];7(2):135-149. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v7n2/v7n2a02.pdf
3. Kappaun A, Costa MMM. A institucionalização do parto e suas contribuições na violência obstétrica. Paradigma. [Internet]. 2020 [Citado em 13 de dezembro de 2021];29(1):71-86. Disponível em: <https://revistas.unaerp.br/paradigma/article/view/1446>
4. Pomeroy RH. Shall we cut and reconstruct the perineum for every primipara. Am J Obstet Dis Women Child. 1918; 78: 211.
5. Joseph B, DeLee JB. The prophylactic forceps operation. Am J Obstet Gynecol. [Internet]. 2002 [Citado em 13 de dezembro de 2021];187(1):254-255. Disponível em: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(02\)00117-5/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(02)00117-5/fulltext)
6. Neme B. Obstetrícia básica. 3. ed. São Paulo: Sarvier; 2000. 223 p.
7. Martins-costa SH, Ramos JGL, Magalhães JA, Passos EP, Freitas F. Rotinas em obstetrícia. 7. ed. Porto Alegre: Artmed Editora; 2017. 904 p.

8. Princípio RPD. Violência obstétrica “parás com dor”: dossiê elaborado para a CPMI da violência contra as mulheres. [Internet]. Brasília: Senado Federal, 2012. Citado em 13 de dezembro de 2021]. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/relatorio-final-da-comissao-parlamentar-mista-de-inquerito-sobre-a-violencia-contra-as-mulheres>
9. Leal MC, Gama SGN. Nascer no Brasil. Cad Saude Publica. 2014 Aug;30(suppl 1):S5–5.
10. World Health Organization. Who recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience; 2018.
11. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization; 2016.
12. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Integrative review: what is it? How to do it? Einstein (São Paulo) [Internet]. 2010 [Citado em 13 de dezembro de 2021];8(1):102–6. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?format=pdf&lang=en>
13. Stillwell SB, Fineout-Overholt E, Melnyk BM, Williamson KM. Evidence-Based Practice, Step by Step: Asking the Clinical Question. Am J Nurs [Internet]. 2010 [Citado em 13 de dezembro de 2021];110(3):58–61. Disponível em: <https://10.1097/01.NAJ.0000368959.11129.79>
14. Sousa LMM, Firmino CF, Marques-Vieira CMA, Severino SSP, Pestana HCFC. Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. Rev Port Enf Reab [Internet]. 2018 [Citado em 13 de dezembro de 2021];23:1(1):45–55. Disponível em: <http://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/20>
15. Brasil. Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1998 fev 19; 655 (seção 1).
16. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 564/2017. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Diário Oficial da União. 2018 Nov 6; 157 (seção 1).
17. Ballesteros-Meseguer C, Carrillo-García C, Meseguer-de-Pedro M, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. Episiotomia e sua relação com várias variáveis clínicas que influenciam seu desempenho. Rev Latino Am Enferm [Internet]. 2016 [Citado em 13

- de dezembro de 2021]; 24:e2793. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0334.2686>
18. Carvalho PCA. Repensando a tesoura: compreendendo o posicionamento dos obstetras diante da episiotomia [Internet] [Dissertação]. [Brasil]: São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2016 [Citado em 13 de dezembro de 2021]. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-04012017-094916/pt-br.php>
 19. Dengo VAR, Silva RS, Souza SRRK, Aldrighi JD, Wall ML, Cancela FZV et al. A episiotomia na percepção de puérperas. Cogitare Enferm. [Internet]. 2016 [Citado em 13 de dezembro de 2021];2(13):1-8. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44060>
 20. Gemma M. Fatores associados à integridade perineal e à episiotomia no parto normal: estudo transversal [Internet] [Dissertação]. [Brasil]: São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2016 [Citado em 13 de dezembro de 2021]. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-25052016-125737/pt-br.php>
 21. Amorim MM, Coutinho IC, Melo I, Katz L. Episiotomia seletiva vs. implementação de um protocolo de não episiotomia: um ensaio clínico randomizado. Reprod Health. [Internet]. 2017 [Citado em 13 de dezembro de 2021];14(55):2-10. Disponível em: <http://higia.imip.org.br/handle/123456789/182?mode=full>
 22. Chicaiza JVM, Cartuche CAG, Calle AMM. Prevalencia de episiotomía y factores asociados, en pacientes del centro obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuencaecuador, 2014. Rev Fac Cienc Med Univ Cuenca. 2017;35(1):61-67.
 23. Schneider S. Impacto nas taxas de lacerações obstétricas do esfíncter anal com o uso restrito da episiotomia em um hospital escola [Internet] [Dissertação]. [Brasil]: Porto Alegre: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul [Citado em 13 de dezembro de 2021]. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/172546>
 24. Mellizo-Gaviria AM, López-Veloz LM, Montoya-Mora R, Ortiz-Martínez RA, Gil-Walteros CC. Frequência de episiotomia e complicações no serviço obstétrico do Hospital Universitário San José, Popayán (Colômbia), 2016. Exploração dos fatores maternos e perinatais associados ao seu desempenho. Rev Colomb Obstet Ginecol. [Internet]. 2018 [Citado em 13 de dezembro de 2021];69(2):88-97. Disponível em:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74342018000200088&script=sci_abstract&tlng=es

25. Nascimento JP. Repercussões e percepções de mulheres submetidas à episiotomia escola [Internet] [Dissertação]. [Brasil]: Goiás: Escola de Ciências Sociais e Saúde: Pontifícia Universidade Católica de Goiás [Citado em 13 de dezembro de 2021]. Disponível em: <http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/handle/tede/4209>
26. Cunha CMP, Katz L, Lemos A, Amorim MM. Knowledge, Attitude and Practice of Brazilian Obstetricians Regarding Episiotomy. Rev Bras Ginecol Obstet. [Internet]. 2019 [Citado em 13 de dezembro de 2021];41(11):636–46. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/VTb7P754PSSQNKfbXr957CS/abstract/?lang=en>
27. García-Lorca AI, Viguera-Mártinez M de LÁ, Ballesteros-Meseguer C, Fernández-Alarcón M de LM, Carrillo-García C, Martínez-Roche ME. Taxa de episiotomia no Hospital das Clínicas Universitárias da Arrixaca e fatores que influenciam na sua prática. Revista Espanhola de Saúde Pública [Internet]. 2019 [Citado em 13 de dezembro de 2021] 93. Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/31293278>
28. Aguiar BM, Silva TPR da, Pereira SL, Sousa AMM, Guerra RB, Souza KV et al. Factors associated with the performance of episiotomy. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2020 [Citado em 13 de dezembro de 2021];73(suppl 4). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/kKtVdKj63vRMVxXNdj39shw/?lang=en>
29. Sagi-Dain L, Kreinin-Bleicher I, Shkolnik C, Bahous R, Sagi S. In women with spontaneous vaginal delivery, repair of perineal tears might be easier compared to episiotomy. Int Urogynecol J. [Internet]. 2021 [Citado em 13 de dezembro de 2021];32(7):1727-1732. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00192-020-04642-5>
30. Räisänen S, Vehviläinen-Julkunen K, Gissler M, Heinonen S. Hospital-based lateral episiotomy and obstetric anal sphincter injury rates: a retrospective population-based register study. American Journal of Obstetrics and Gynecology. [Internet]. 2012 Apr [Citado em 13 de dezembro de 2021];206(4):347.e1–6. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002937812001822>
31. Zafran N, Salim R. Impact of liberal use of mediolateral episiotomy on the incidence of obstetric anal sphincter tear. Archives of Gynecology and Obstetrics. [Internet]. 2012 May 1 [Citado em 13 de dezembro de 2021];286(3):591–7. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00404-012-2333-3>

32. Gurol-Urganci I, Cromwell D, Edozien L, Mahmood T, Adams E, Richmond D, et al. Third- and fourth-degree perineal tears among primiparous women in England between 2000 and 2012: time trends and risk factors. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. [Internet]. 2013 Jul 3 [Citado em 13 de dezembro de 2021];120(12):1516–25. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.12363>
33. Brasil. Ministério da Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. [Internet]. [Citado em 13 de dezembro de 2021]. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos: Brasília, 2016. 381 p. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf
34. CGEE, Centro de Gestão e Estudos Estratégicos. Panorama da ciência brasileira: 2015-2020. Boletim Anual OCTI. Brasília, v.1, jun. 2021.
35. Leote Da C, Pedroso S, López L. À margem da humanização. [Internet]. [Citado em 13 de dezembro de 2021]; Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/physis/2017.v27n4/1163-1184/pt>
36. Bohren MA, Mehrtash H, Fawole B, Maung TM, Balde MD, Maya E et al. How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. [Internet]. *The Lancet*. 2019 [Citado em 13 de dezembro de 2021];394(10210):1750-1763. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)31992-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)31992-0/fulltext)
37. Pereira LP da S, Dantas NPM, Tavares NV da S, Cardoso ACG. Episiotomia: o (des) conhecimento da puérpera. *Braz J Develop*. 2021;7(2):20527–20537.
38. Sehnem GD, Rios CPP, Souza MB de, Arboit J, Cogo SB, Mutti CF, et al. Intervenções obstétricas durante o processo parturitivo: percepções de puérperas. *Research, Society and Development*. 2020 Apr 20;9(6):e131963515.
39. Antonio C, De J. Rezende obstetrícia fundamental. Rio De Janeiro Gen, Guanabara Koogan; 2018.