

PRODUÇÕES DO MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:

INOVAÇÃO NA GESTÃO E NO CUIDADO EM SAÚDE E ENFERMAGEM

**Série estudos e inovações
em Enfermagem – volume 2**

Organizadores

Elisangela Argenta Zanatta

Carine Vendruscolo

Denise Antunes de Azambuja Zocche

Leila Zanatta

Rosana Amora Ascari



UDESC
UNIVERSIDADE
DO ESTADO DE
SANTA CATARINA



editora
UDESC

UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA – UDESC

Reitor

Dilmar Baretta

Vice-Reitor

Luiz Antonio Ferreira Coelho

Pró-Reitora de Administração

Marilha dos Santos

Pró-Reitor de Planejamento

Alex Onacli Moreira Fabrin

Pró-Reitora de Ensino

Gabriela Botelho Mager

Pró-Reitor de Extensão, Cultura e Comunidade

Mayco Moraes Nunes

Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação

Letícia Sequinatto

EDITORA UDESC - CONSELHO EDITORIAL

Presidente

Marcia Silveira Kroeff

Secretário

Marcelo Gomes Cardoso

CCT

Avanilde Kemczinski (titular)

Ana Borges de Azevedo (suplente)

CEPLAN

Delcio Pereira (titular)

Fernanda Hansch Beuren (suplente)

ESAG

Fabiano Maury Raupp (titular)

Leonardo Secchi (suplente)

FAED

Fernando Coelho (titular)

Luciana Rossato (suplente)

CEFID

Gilmar Moraes Santos (titular)

Alexandro Andrade (suplente)

CERES

Giovanni Lemos de Mello (titular)

Micheli Cristina Thomas (suplente)

CEAD

Jordan Paulesky Juliani (titular)

Cleia Demetrio Pereira (suplente)

CEAVI

Marilei Kroetz (titular)

Paulo Roberto da Cunha (suplente)

CAV

Roseli Lopes da Costa Bortoluzzi (titular)

Veraldo Liesenberg (suplente)

CESFI

Samira Kauchakje (titular)

Luis Fernando Lamas de Oliveira (suplente)

CEART

Sandra Regina Rech (titular)

Guilherme Antonio Sauerbronn

de Barros (suplente)

CEO

William Campo Meschial (titular)

Alexandre Tadeu Paulino (suplente)

EDITORA UDESC

Fone: (48) 3664-8100

E-mail: editora@udesc.br

<http://www.udesc.br/editorauniversitaria>

**PRODUÇÕES DO MESTRADO
PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**
INOVAÇÃO NA GESTÃO E NO CUIDADO
EM SAÚDE E ENFERMAGEM.

Série estudos e inovações em Enfermagem – volume 2

Organizadores

Elisangela Argenta Zanatta
Carine Vendruscolo
Denise Antunes de Azambuja Zocche
Leila Zanatta
Rosana Amora Ascari

Revisora

Janete Maria Gheller

Capa/Projeto Gráfico/Diagramação

Alexandre Lunelli e Adriana Suzena

P964 **Produções do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde: inovação na gestão e no cuidado em saúde e enfermagem / Organizadores: Elisangela Argenta Zanatta ... [et al.]. – Florianópolis: UDESC, 2022.**
235 p. : il. (Série estudos e inovações em Enfermagem, V 2).

Inclui referências.

ISBN-e: 978-65-88565-54-4

1. Enfermagem – estudo e ensino. 2. Saúde – Administração. I. Zanatta, Elisangela Argenta. II. Vendruscolo, Carine. III. Zocche, Denise Antunes de Azambuja. IV. Zanatta, Leila. V. Ascari, Rosana Amora.

DOI: 10.5965/9786588565544

CDD: 610.73 - 20. ed.

PRODUÇÕES DO MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

INOVAÇÃO NA GESTÃO E NO CUIDADO EM SAÚDE E ENFERMAGEM.

Série estudos e inovações em Enfermagem – volume 2

Organizadores

Elisangela Argenta Zanatta
Carine Vendruscolo
Denise Antunes de Azambuja Zocche
Leila Zanatta
Rosana Amora Ascari



UDESC
UNIVERSIDADE
DO ESTADO DE
SANTA CATARINA



editora
UDESC

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	6
APRESENTAÇÃO	10
PARTE 1 - COMPARTILHANDO OS PRODUTOS DO MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A ENFERMAGEM CRIATIVA	11
DESENVOLVIMENTO DE INFOGRÁFICOS PARA TRABALHAR A VIOLÊNCIA E A CULTURA DE PAZ NA ESCOLA	12
DESENVOLVIMENTO DE UM CURSO DE FORMAÇÃO EM PRECEPTORIA NA SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA	35
GLICADO: APLICATIVO MÓVEL PARA AUTOCUIDADO DE ADOLESCENTES COM DIABETES MELLITUS	62
FLUXOGRAMA DE ACOLHIMENTO ÀS MULHERES ATENDIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	91
PARTE 2 - COMPARTILHANDO PESQUISAS DO MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A ENFERMAGEM INVESTIGADORA	101
ORIENTAÇÃO PARA AMAMENTAÇÃO: O QUE DIZEM OS BLOGS	102
PLANEJAMENTO DO TRABALHO E A UTILIZAÇÃO DE INSTRUMENTOS GERENCIAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO DA LITERATURA	115
DIABETES MELLITUS EM RESIDENTES DA ÁREA RURAL: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO E FRAGILIDADES NO AUTOCUIDADO	134
ORDENHA DO LEITE MATERNO: O CUIDADO DE ENFERMAGEM À MULHER TRABALHADORA	154
PARTE 3 - COMPARTILHANDO A EXPERTISE NO MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A ENFERMAGEM PROTAGONISTA	171
DESENVOLVIMENTO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL: MOVIMENTO DO MESTRADO PROFISSIONAL EM PARCERIA COM A GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM	172
REFERÊNCIAS	186
SOBRE OS AUTORES	229

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica	DeCs - Descritores em Ciência da Saúde
ABEn - Associação Brasileira de Enfermagem	DM - Diabetes <i>Mellitus</i>
ACS - Agente Comunitária de Saúde	DM tipo I - Diabetes <i>Mellitus</i> tipo I
ADA - Associação Americana de Diabetes	eAB – equipe de Atenção Básica
AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária	EaD - Educação à Distância
AME - Aleitamento Materno Exclusivo	ECA - Estatuto da Criança e Adolescente
API - <i>Application Program Interface</i>	EIP - Ensino Interprofissional
APP- <i>Application</i> ou Aplicativo	EPS - Educação Permanente em Saúde
APK - <i>Android Application Pack</i>	eSF – equipe de Saúde da Família
APS - Atenção Primária à Saúde	ESF – Estratégia Saúde da Família
AVA -Ambiente Virtual de Aprendizagem	FAPESC – Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina
BLH - Bancos de Leite Humano	GESTRA – Grupo de Estudo sobre Saúde e Trabalho
CAFe - Comunidade Acadêmica Federada	GJ - Glicemia de Jejum
CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior	HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa	HbA1C - Hemoglobina Glicada
CIES - Comissões de Integração Ensino-Serviço	HDL - Lipoproteínas de Alta Densidade
CLT - Consolidação das Leis de Trabalho	HTTP - <i>Hypertext Transfer Protocol</i>
CNS Conferência Nacional de Saúde	IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
COREN – SC – Conselho Regional de Enfermagem, Sessão SC	IES - Instituição de Ensino Superior
COVID-19 – <i>Coronavirus Disease</i>	IRAS - Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais	
DCS - Dinâmicas de Criatividade e Sensibilidade	

IST – Infecção Sexualmente Transmissível
ITU - Infecção do trato Urinário
IVC – Índice de Validade de Conteúdo
LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LM - Licença Maternidade
LM - Leite Materno
LMO - Leite Materno Ordenhado
MAT - Medida de Adesão ao Tratamento
MCS - Método Criativo Sensível
MEC – Ministério da Educação
MP – Mestrado Profissional
MPEAPS – Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde
MS – Ministério da Saúde
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
n – número
NPM - *Node Package Manager*
OIT – Organização Internacional do Trabalho
OMS - Organização Mundial de Saúde
ORM - *Object-Relational Mapping*
PA - Pesquisa Apreciativa
PAP – Programa de Apoio à Pesquisa
PBL - *Problem Based Learning*
PDP - Processo de Desenvolvimento de Produtos
PAISM - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PM – Pesquisa Metodológica
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNAISC - Política Nacional de Atenção Inte-

gral à Saúde da Criança
PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH – Política Nacional de Humanização
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RENISUS - Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS
RBLH - Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano
RI - Revisão Integrativa
RN - Recém-Nascido
RS – Rio Grande do Sul
SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes
SC - Santa Catarina
SGTES - Secretaria de Gestão da Educação na Saúde
SQL - *Structure Query Language*
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TBL – *Team Based Learning*
TCC – Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TE – Tecnologia Educacional
TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação
TICD – Tecnologias de Informação e Comunicação à Distância
UBS – Unidade Básica de Saúde
UDESC – Universidade do Estado de Santa

Catarina

USF – Unidade Saúde da Família

VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco por
Meio de Inquérito Telefônico

VLDL - Lipoproteína de Muito Baixa Densidade

APRESENTAÇÃO

Esta obra compreende o reflexo de uma estratégia proposta de qualificação das ações de produção intelectual do MPEAPS, partindo das oficinas de planejamento estratégico realizadas ao longo do ano de 2020. Tais oficinas tinham como objetivo pensar meios de atingir as metas propostas pelo Relatório de Ações Corretivas que foram pensadas a partir dos elementos que emergiram na última Avaliação de Meio Termo da CAPES, na qual foram indicando os pontos considerados a serem melhorados pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGEnf), desde a avaliação do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS). Destes, foram avaliadas a qualidade da produção intelectual (bibliográfica e técnica) do corpo docente permanente com discentes, qualidade das atividades de pesquisa e da produção intelectual (bibliográfica e técnica) do corpo docente permanente do PPGEnf.

Para atingirmos as melhorias necessárias à qualificação das atividades de pesquisa e da produção intelectual (bibliográfica e técnica) do corpo docente permanente do programa Produção de livro, o colegiado de professores definiu algumas ações, entre elas a construção de uma série de *E-book's* sobre a elaboração dos produtos de cada turma do MPEAPS.

Neste exemplar são oferecidas as produções tecnológicas oriundas dos trabalhos de conclusão de curso de dez mestres em enfermagem. Está dividido em três partes, a saber: na primeira são abordados os produtos inovadores desenvolvidos do mestrado profissional em enfermagem na atenção primária à saúde. Na segunda é apresentado o enfoque investigativo da produção das tecnologias e, na terceira, é destacado o protagonismo da enfermagem na produção de tecnologias.

PARTE 1

**COMPARTILHANDO OS PRODUTOS
DO MESTRADO PROFISSIONAL
EM ENFERMAGEM NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE: A ENFERMAGEM
CRIATIVA**

CAPÍTULO 1

DESENVOLVIMENTO DE INFOGRÁFICOS PARA TRABALHAR A VIOLÊNCIA E A CULTURA DE PAZ NA ESCOLA

ALINE VENTURIN FAGUNDES MARTINAZZO

ELISANGELA ARGENTA ZANATTA

DENISE ANTUNES DE AZAMBUJA ZOCHE

INTRODUÇÃO

Crianças e adolescentes são sujeitos de direitos que devem ser protegidos pelo Estado, sociedade e família, amparados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) e por outras leis e programas que asseguram proteção e cuidado. No entanto, todos os dias somos testemunhas de atos violentos de diferentes tipologias e naturezas, que acometem crianças e adolescentes, tornando a violência um problema de saúde pública que exige ações imediatas e efetivas para sua superação (BRASIL, 2019; OMS, 2014).

Danos físicos, acrescidos de danos psicológicos, comportamento de risco, deficiência educacional ou ocupacional, envolvimento em crimes, são alguns dos prejuízos a que estas crianças poderão estar submetidas, caso seu

direito seja violado (OMS, 2014). Para garantir maior efetivação e garantia dos direitos da infância, produção do cuidado em saúde e proteção social, há necessidade de implementar uma rede intersetorial, envolvendo a escola e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) que precisam ser configurados como espaços de acolhimento frente à violência (BRASIL, 2010; MOREIRA, 2014).

A ESF tem como um de seus objetivos o fortalecimento de vínculos entre comunidade, usuário e equipe de saúde. Como componente dessa equipe, destaca-se o enfermeiro, profissional que na maioria das vezes é quem assume o desenvolvimento de ações de educação em saúde, principalmente nas escolas, espaço onde ações de combate à violência podem ser desenvolvidas, e a Cultura de Paz pode ser disseminada. Contudo, para garantir a eficácia dessas ações, faz-se necessário escolher tecnologias que subsidiem o desenvolvimento das ações, permitindo aproximar o tema à realidade das crianças.

Em relação às tecnologias, Nietzsche (2000) propôs uma classificação denominada de Tecnologias Específicas de Enfermagem, divididas em sete tipologias: tecnologias do cuidado, tecnologias de concepção, tecnologias interpretativas de situações de clientes, tecnologias de administração, tecnologias educacionais, tecnologias de processo de comunicação e tecnologias de modo de conduta.

Dentre elas, destaca-se a tecnologia educacional (TE), entendida como um “conjunto sistemático de conhecimentos científicos que tornem possível o planejamento, a execução, o controle e o acompanhamento, envolvendo todo o processo educacional formal e informal” (NIETSCHE, TEIXEIRA, MEDEIROS, 2014, p. 104). Ela emerge de encontros e entrelaçamentos dentro de um olhar crítico, reflexivo, criador, transformador e multidimensional entre os envolvidos e o espaço em que estão inseridos (SALBEGO et al., 2017). A tecnologia como resultado de um processo serve para gerar conhecimentos a serem socializados e transformar o empírico em uma abordagem científica (NIETSCHE et al., 2012).

Como um tipo de TE, destaca-se o infográfico, um material que acompanha ou substitui um texto informativo ou, ainda, pode ser visto como uma união comunicativa entre um desenho ou uma pintura enfatizada por um texto alusivo (SANCHES, 2001; SCAGLIONI, CAMILLO, 2016). O infográfico possui várias vantagens como: ser simples e, ao mesmo tempo, dinâmico. Está presente em diversas áreas de atuação, seja em âmbito escolar, empresarial, *marketing*, pois desperta o raciocínio lógico e a escrita, possui baixo custo para a aquisição e, ainda, múltiplos usuários podem consultar e manipular a mesma obra (SCAGLIONI, CAMILLO, 2016).

Contudo, Teixeira e Mota (2011) chamam a atenção ao afirmarem que a maioria das tecnologias impressas do tipo folders, cartazes, cartilhas, manuais, cadernos de orientação ou apostilas, não raramente, não são submetidas a um processo de validação, pois muitos profissionais de

saúde não sabem como realizar esse procedimento e como resultado disso, muitas vezes, fazem uso de materiais não testados ou validados.

Sendo assim, ao pensar no desenvolvimento de uma TE é imprescindível, primeiramente, planejar o que será feito, quem a utilizará e como será desenvolvida. Foi com esse intuito e cuidado que esse trabalho de pesquisa e produção de TE foi conduzido, tendo por objetivos: Desenvolver uma tecnologia educacional do tipo infográfico, com vistas à prevenção da violência e promoção da Cultura de Paz; Validar a tecnologia educacional com professores e profissionais da Equipe de Saúde da Família.

MÉTODO

Trata-se de uma Pesquisa Metodológica (PM), desenvolvida em quatro etapas: diagnóstico situacional, revisão de literatura, construção do infográfico e validação (LOBIONDO-WOOD, HABER, 2001; BENEVIDES, 2016).

Na etapa de **diagnóstico situacional** foi realizada uma pesquisa com 20 crianças na faixa etária de sete a 12 anos incompletos, do 1º ao 5º ano do ensino fundamental das séries iniciais de uma escola de educação básica de um município do meio oeste catarinense, sendo 10 do sexo masculino e 10 do sexo feminino. As crianças foram selecionadas a partir dos seguintes critérios de inclusão: estar matriculada e frequentando a escola, saber ler e escrever, ter idade entre sete e 12 anos incompletos e critérios de exclusão: estar afastada da escola por motivo de atestados e suspensão no período da produção das informações.

A produção das informações foi realizada em três encontros guiados pela técnica das Dinâmicas de Criatividade e Sensibilidade (DCS), preconizadas pelo Método Criativo Sensível (MCS) (CABRAL, 2004). Na etapa dois, **revisão de literatura**, foi realizada uma revisão narrativa a partir da literatura disponível sobre violência e Cultura de Paz nos manuais do Ministério da Saúde, artigos publicados em periódicos e livros, tendo como palavras-chave: violência, escola, cultura de paz e crianças e dando significância para os artigos publicados nos últimos cinco anos, além das publicações legais do MS.

Na terceira etapa, ocorreu a **construção dos infográficos** a partir dos resultados da pesquisa com as crianças e da revisão da literatura realizada, os quais foram desenvolvidos pela mestranda que foi responsável pela seleção dos conteúdos e imagens e por uma designer gráfica que ficou encarregada dos desenhos, utilizando o *software Corel Draw*.

Na quarta etapa – foi realizada a **validação dos infográficos** pelos juízes. A validação pode ocorrer por meio de dois aspectos: validação de conteúdo e a validação aparente ou de face ou semântica (TEIXEIRA, MEDEIROS, NASCIMENTO, 2014). Nesse estudo, optou-se por realizar apenas a validação de

conteúdo da TE do tipo infográfico, sendo realizada por um grupo composto de seis professores e seis profissionais da Equipe de Saúde da Família.

Para a escolha dos professores não houve sorteio, pois na escola em estudo seis professores desenvolvem suas atividades nas turmas do 1º ao 5º ano. Em relação aos profissionais de saúde, no momento da coleta das informações atuavam na Unidade de Saúde da Família um médico, uma dentista, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar de saúde bucal, uma enfermeira e seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Sendo assim, foram convidados a participar da pesquisa todos os profissionais de saúde (1 médico, 1 dentista, 1 técnico de enfermagem, 1 auxiliar de saúde bucal). A enfermeira não fez parte, pois estava conduzindo a pesquisa. Para representar os ACS foi realizado um sorteio entre eles da seguinte maneira: o nome de cada um foi escrito em um papel e dois foram sorteados, completando então seis juízes profissionais da saúde.

Para garantir o anonimato, os participantes foram assim identificados: P seguido de um número ordinal (P1, P2, P3, P4, P5, P6) para professores e PS seguido de um número ordinal (PS1, PS2, PS3, PS4, PS5, PS6) para profissionais de saúde.

Para a validação da TE, haviam sido propostos dois encontros que seriam conduzidos por meio da técnica de Grupo Focal, porém frente à pandemia de *Coronavirus Disease* (COVID-19), algumas estratégias tiveram que ser implementadas para dar andamento na pesquisa, e para que fosse atingido da mesma forma o objetivo final do estudo.

RESULTADOS

Após o retorno dos instrumentos preenchidos pelos dos juízes para cada infográfico, deu-se início à avaliação do conteúdo dos infográficos pelo Índice de Validade de Conteúdo (IVC), leitura das observações feitas pelos 12 juízes e a escuta dos áudios enviados no grupo do *WhatsApp*. A contagem do IVC foi feita por meio de planilhas no Excel, sendo que os números apresentados em cada item 1.1, 1.2..., refere-se à quantidade de juízes que pontuaram o item como totalmente adequado (1), adequado (2), parcialmente adequado (3) e inadequado (4), seguido da porcentagem atingida no IVC a cada item.

Nas tabelas 1, 2 e 3 estão os resultados da validação dos infográficos sobre violência, desenvolvidos para o 1º e 2º ano e outro do 3º ao 5º ano.

Tabela 1 - Distribuição numérica e IVC do item objetivos dos infográficos sobre violência avaliados pelos juízes. Chapecó, 2020 (n=12)

	INFOGRÁFICO 1 - VIOÊNCIA (1º E 2º ANO)					INFOGRÁFICO 2 - VIOÊNCIA (3º AO 5º ANO)				
	1	2	3	4	Total	1	2	3	4	Total
	T. Adequado	Adequado	Parc. Adequado	Inadequado		T. Adequado	Adequado	Parc. Adequado	Inadequado	
	n	n	n	n	IVC%	n	n	n	n	IVC%
1.1 As informações/ conteúdos são importantes e ajudam a entender o que é violência?	10	1	1		91	11		1		91
1.2 Convida e/ou instiga a mudança de comportamentos e atitude das crianças?	8	3	1		91	9	2	1		91
1.3 Atende aos objetivos lançados pelo Programa Saúde na Escola (PSE)?	9	2	1		91	10	1	1		91
1.4 As informações deixam perceptível os tipos de violência?	9	1	2		83	10		2		83

Fonte: Os autores (2020)

Tabela 2 - Distribuição numérica e IVC dos itens, estrutura e apresentação dos infográficos sobre violência avaliados pelos juízes. Chapecó, 2020 (n=12)

	INFOGRÁFICO 1 - VIOÊNCIA (1º E 2º ANO)					INFOGRÁFICO 2 - VIOÊNCIA (3º AO 5º ANO)				
	1	2	3	4	Total	1	2	3	4	Total
	T. Adequado	Adequado	Parc. Adequado	Inadequado		T. Adequado	Adequado	Parc. Adequado	Inadequado	
	n	n	n	n	IVC%	n	n	n	n	IVC%
2.1 A TE é apropriada às crianças?	9	2	1		91	9	2	1		91
2.2 As mensagens estão apresentadas de forma clara e objetiva?	5	6	1		91	8	3	1		91
2.3 O material está apropriado ao nível sociocultural em que estas crianças vivem?	9	2	1		91	9	2	1		91
2.4 Há uma sequência lógica do conteúdo proposto?	8	4			100	7	5			100
2.5 As informações estão bem estruturadas quanto à ortografia?	7	5			100	7	5			100
2.6 O tamanho do título e dos tópicos estão adequados?	7	4	1		91	7	4	1		91
2.7 As ilustrações são expressivas e suficientes?	6	4	1	1	83	7	3	1	1	83
2.8 O material impressão/ papel está adequado	8	3	1		91	8	3	1		83

Fonte: Os autores (2020)

Tabela 3 - Distribuição numérica e IVC do item relevância dos infográficos sobre violência avaliados pelos juízes. Chapecó, 2020 (n=12)

	INFOGRÁFICO 1 - VIOÊNCIA (1º E 2º ANO)					INFOGRÁFICO 2 - VIOÊNCIA (3º AO 5º ANO)				
	1	2	3	4	Total	1	2	3	4	Total
	T. Adequado	Adequado	Parc. Adequado	Inadequado		T. Adequado	Adequado	Parc. Adequado	Inadequado	
	n	n	n	n		n	n	n	n	
3.1 Os temas retratam os aspectos-chaves que devem ser reforçados?	10	1	1		91	11		1		91
3.2 O material permite que o mesmo seja dissociado dentro da rede Inter setorial?	9	2	1		91	10	1	1		91
3.3 O material apresentado aborda maneiras para a prevenção da violência?	8	3	1		91	10	1	1		91
3.4 Está adequado para ser utilizado em atividades do PSE?	8	3	1		91	8	3	1		91

Fonte: Os autores (2020)

Avaliando os IVC dos infográficos 1 e 2 sobre violência, representados nas tabelas 1, 2 e 3, percebe-se que, coincidentemente, eles obtiveram os mesmos valores, porém com alguns itens avaliados diferentemente, mas que não alteraram o resultado final. Observa-se também que na tabela 2, os itens 2.4 e 2.5 obtiveram o grau máximo de validação, com um IVC de 100%.

Na tabela 2, vale observar que houve apenas uma avaliação, considerando o item inadequado. Este juiz avaliou como inadequado o item 2.7 e deu a seguinte justificativa via *WhatsApp*: “Não achei que chama a atenção das crianças” (P4).

O juiz P3 justifica sua pontuação para o item 2.4 com a seguinte explicação: “Marquei com 2, devido não ter o conteúdo sobre negligência” (P3).

Os outros juízes fizeram suas justificativas e observações de uma forma mais ampla em relação aos infográficos sobre violência. Como pode ser observado nas notas atribuídas por eles que foram muito semelhantes e nas falas que seguem:

“Ótimo assunto, vem sendo muito discutido no dia a dia e nas reuniões. Mas muitas vezes devemos buscar ajuda com outras entidades (destacando a saúde), pois a educação não anda sozinha” (P1).

“Única coisa que deveria mudar são as escritas para caixa alta, o 1º ano está iniciando sua alfabetização e assim eles próprios poderiam ler, tendo o gosto pela leitura e pelo assunto” (P1).

“O infográfico possui uma sequência lógica do material e conteúdo” (PS1).

“Pelos materiais que vi, acredito que possa ajudar as crianças a identificar os tipos de violências, tanto na escola, quanto em seus próprios lares e, assim, podendo evitá-las” (PS2).

“Material bem estruturado com imagens e títulos chamando a atenção, mostrando que a violência vai além do contato físico, do ato de bater” (PS5).

“É fundamental abordar esse assunto em escolas, pois é lá onde as crianças ficam boa parte do seu tempo, tendo contato com outras crianças de crenças, costumes e fisionomias diferentes... surgindo comentários e apelidos maldosos que podem acarretar em danos futuros para quem sofre e para quem pratica a violência” (PS5).

Nas tabelas 4, 5 e 6, apresentadas na sequência, é feita referência à validação dos infográficos sobre Cultura de Paz para 1º e 2º ano e outro de 3º ao 5º ano:

Tabela 4 - Distribuição numérica e IVC do item objetivos dos infográficos sobre Cultura de Paz avaliados pelos juízes. Chapecó, 2020 (n=12)

	INFOGRÁFICO 1 - CULTURA DA PAZ (1º E 2º ANO)					INFOGRÁFICO 2 - CULTURA DA PAZ (3º AO 5º ANO)				
	1	2	3	4	Total	1	2	3	4	Total
	T. Adequado	Adequado	Parc. Adequado	Inadequado		T. Adequado	Adequado	Parc. Adequado	Inadequado	
	n	n	n	n	IVC%	n	n	n	n	IVC%
1.1 As informações/ conteúdos são importantes e ajudam a entender o que é cultura de paz?	10	1	1		91	10	1	1		91
1.2 Convida e/ou instiga a mudança de comportamentos e atitude das crianças?	9	2	1		91	8	3	1		91
1.3 Atende aos objetivos lançados pelo Programa Saúde na Escola (PSE)?	9	2	1		91	7	4	1		91
1.4 As informações deixam perceptível o conceito de cultura de paz?	8	2	2		83	6	4	2		83

Fonte: Os autores (2020)

Tabela 5 - Distribuição numérica e IVC dos itens estrutura e apresentação dos infográficos sobre Cultura de Paz avaliados pelos juízes. Chapecó, 2020 (n=12)

	INFOGRÁFICO 1 - CULTURA DA PAZ (1º E 2º ANO)					INFOGRÁFICO 2 - CULTURA DA PAZ (3º AO 5º ANO)				
	1	2	3	4	Total	1	2	3	4	Total
	T. Adequado	Adequado	Parc. Adequado	Inadequado		T. Adequado	Adequado	Parc. Adequado	Inadequado	
	n	n	n	n	IVC%	n	n	n	n	IVC%
2.1 A TE é apropriada às crianças?	9	2	1		91	8	3	1		91
2.2 As mensagens estão apresentadas de forma clara e objetiva?	5	5	1		91	10	1	1		91
2.3 O material está apropriado ao nível sociocultural em que estas crianças vivem?	9	8	1		91	8	3	1		91
2.4 Há uma sequência lógica do conteúdo proposto?	8	4			100	8	4			100
2.5 As informações estão bem estruturadas quanto à ortografia?	7	5			100	8	4			100
2.6 O tamanho do título e dos tópicos estão adequados?	7	1	1		91	8	3		1	91
2.7 As ilustrações são expressivas e suficientes?	6	4	1	1	83	9	1	1	1	83
2.8 O material impressão/papel está adequado	8	3	1		83	9		1	1	83

Fonte: Os autores (2020)

Tabela 6 - Distribuição numérica e IVC do item relevância dos infográficos sobre Cultura de Paz avaliados pelos juízes. Chapecó, 2020 (n=12)

	INFOGRÁFICO 1 - CULTURA DA PAZ (1º E 2º ANO)					INFOGRÁFICO 2 - CULTURA DA PAZ (3º AO 5º ANO)				
	1	2	3	4	Total	1	2	3	4	Total
	T. Adequado	Adequado	Parc. Adequado	Inadequado		T. Adequado	Adequado	Parc. Adequado	Inadequado	
	n	n	n	n	IVC%	n	n	n	n	IVC%
3.1 Os temas retratam os aspectos-chaves que devem ser reforçados?	10	1	1		91	10	1	1		91
3.2 O material permite que o mesmo seja dissociado dentro da rede Inter setorial?	10	1	1		91	10	1	1		91
3.3 O material apresentado aborda maneiras para a promoção da cultura da paz?	10	1	1		91	9	2	1		91
3.4 Está adequado para ser utilizado em atividades do PSE?	8	1			100	8	1			100

Fonte: Os autores (2020)

Ao analisarmos a tabela 5 e 6, constatamos que os itens 2.4; 2.5 e 3.4 atingiram IVC de 100%. Novamente no tópico de estrutura e apresentação, na tabela 5 aparece a avaliação de inadequado, nos itens 2.6; 2.7 e 2.8. Vale ressaltar que estas avaliações foram feitas pelo mesmo juiz, que deu a mesma justificativa nos infográficos de violência: “Não achei que chama a atenção das crianças” (P4).

Inversamente à avaliação de P4, outras avaliações foram positivas:

“O material instiga assim a tratar o próximo com respeito, empatia, a praticar o bem e assumir seus atos e responsabilidades desde cedo” (PS5).

“Material maravilhoso, bem ilustrado, conteúdo ótimo, passando sua mensagem bem explicada. Só deveria ser em caixa alta, devido a ser 1º ano (iniciando a alfabetização)” (P1).

“Palavras e frases utilizadas foram de excelente escolha... é algo que da maneira que foi exposta chama a atenção do público-alvo” (PS2).

Finalizando as colocações e observações dadas pelos juízes, deixo a seguinte fala: “Acredito que tudo que venha a somar, contribuindo com nosso trabalho é de grande valia” (P1).

Cabe ressaltar que havia sido planejada a quinta etapa para o desenvolvimento dos infográficos, a etapa corresponde à apresentação dos infográficos após serem validados e reformulados; para a avaliação das crianças que participaram da pesquisa, contudo, considerando o momento atual de restrição e isolamento físico, que inclui o cancelamento das aulas na modalidade presencial por causa da pandemia do coronavírus, essa etapa não foi possível de ser realizada.

Considerando o que foi apresentado até o momento, na sequência serão apresentadas as três versões elaboradas para cada infográfico.

Primeira versão dos infográficos

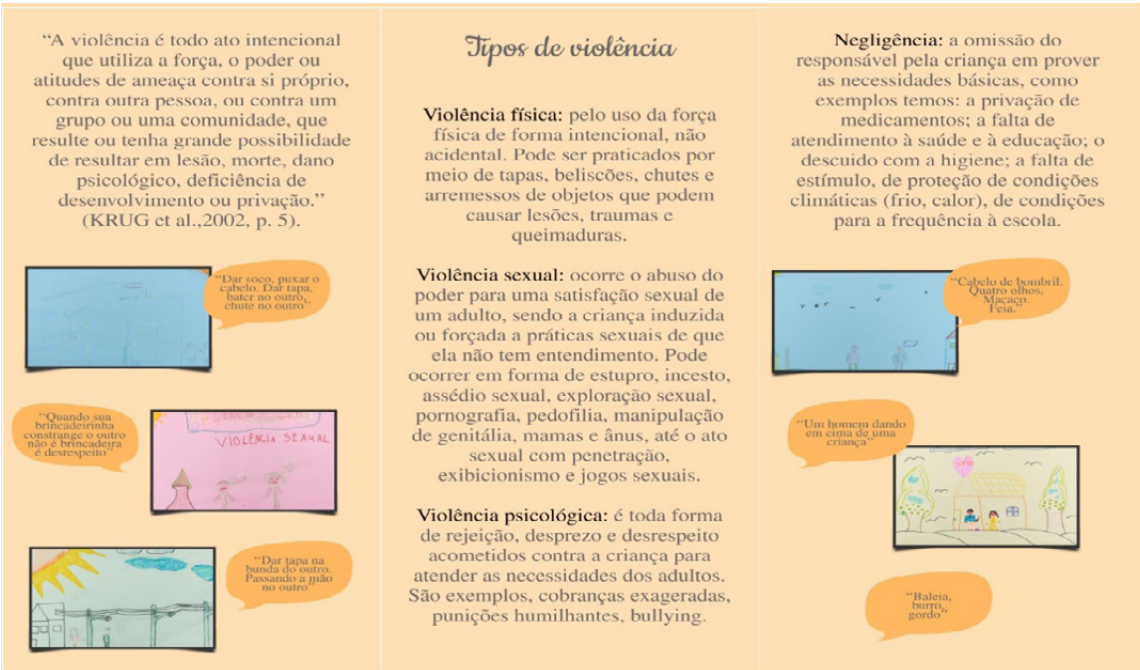
Na primeira versão foi constituído um infográfico sobre violência e outro sobre Cultura de Paz, com o objetivo de que eles pudessem ser utilizados por crianças do 1º ao 5º ano do ensino fundamental, séries iniciais, tanto em atividades propostas em sala de aula, quanto posteriormente estar levando este material para ser discutido e visto pelos demais que residem com a criança em seu domicílio. Destaca-se que (desenhos e falas) foram extraídos da pesquisa realizada com as crianças na primeira etapa do diagnóstico situacional, sendo que a pesquisadora buscou os desenhos que melhor expressassem o que as crianças queriam transmitir e, em relação às falas, foi trazido para dentro dos infográficos as que mais representavam o significado do que era violência na escola.

Figura 1 - Primeira versão do infográfico sobre violência-parte externa



Fonte: Os autores (2020)

Figura 2 - Primeira versão do infográfico sobre violência-parte interna



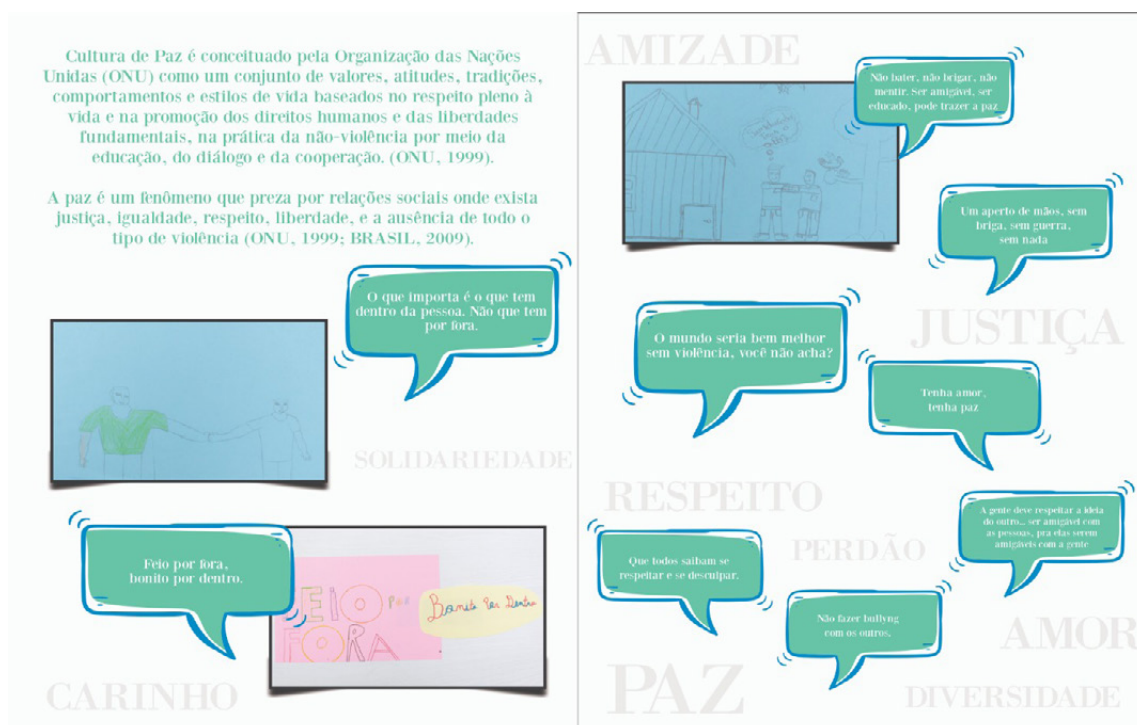
Fonte: Os autores (2020)

Figura 3 - Primeira versão do infográfico sobre Cultura de Paz-parte externa



Fonte: Os autores (2020)

Figura 4 - Primeira versão do infográfico sobre Cultura de Paz-parte interna



Fonte: Os autores (2020)

Segunda versão dos infográficos

Após a avaliação das professoras, orientadora e coorientadora, a versão inicial deu origem a quatro infográficos, sendo: um infográfico sobre violência para crianças do 1º e 2º ano e outro para crianças do 3º ao 5º ano. Da mesma forma, foram elaborados dois infográficos sobre Cultura de Paz, um para crianças do 1º e 2º ano e outro para crianças do 3º ao 5º ano. Essa divisão foi realizada com o objetivo de facilitar o entendimento das crianças que estão em fases diferentes de desenvolvimento.

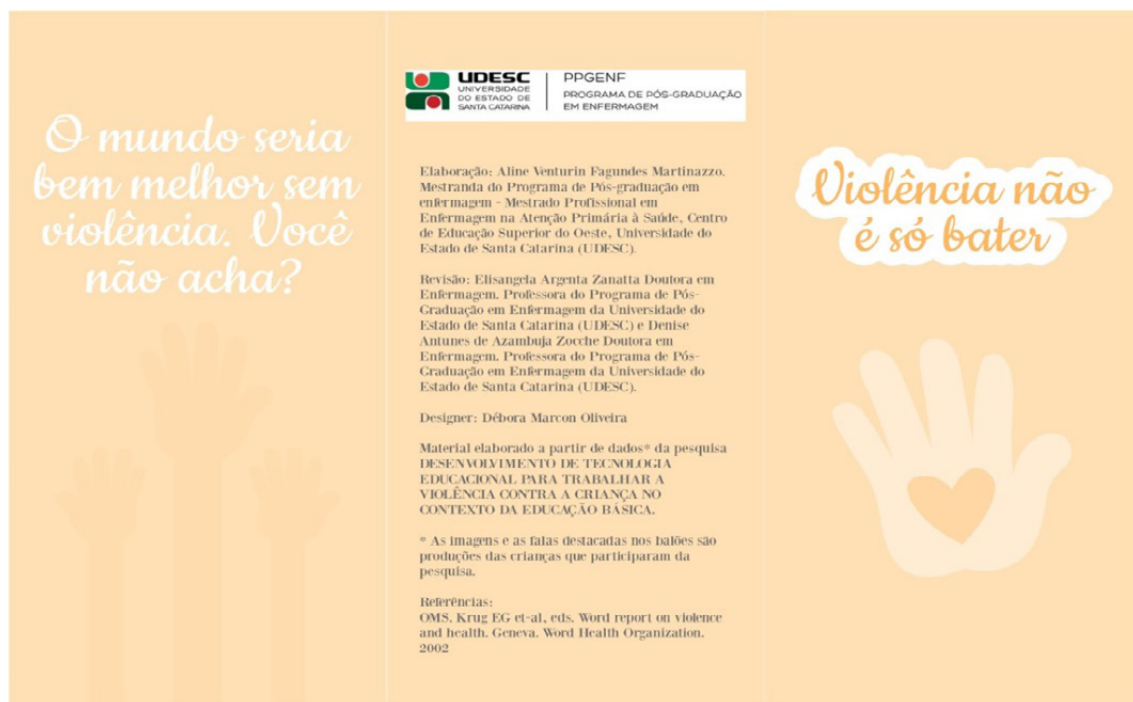
Em relação à figura 1, no momento da impressão teste dos infográficos, a pesquisadora percebeu que a cor branca escolhida para a parte da contracapa, na qual explica sobre a elaboração, não havia ficado visivelmente boa para leitura, então se preferiu usar a cor cinza, já utilizada no corpo do texto interno do infográfico. E ao retornar ao material produzido na pesquisa e dialogando com a orientadora, foi modificada a fala: *“Toda violência deve ser combatida”*, por *“O mundo seria bem melhor sem violência? Você não acha?”* já que esta indagação foi fruto das produções de uma das crianças.

Em relação ao conceito de violência, manteve-se o conceito original da 1ª versão nos dois infográficos, porém o conceito específico relacionado à natureza da violência (física, psicológica, sexual e negligência) ficou definido em consonância entre pesquisadora e orientadora que seria utilizado apenas com crianças do 3º ao 5º ano juntamente das ilustrações e, para 1º e 2º ano, ficariam apenas as falas das crianças, para não deixá-lo com muitas informações, devido à idade.

Já, no material de Cultura de Paz, as orientadoras acharam pertinente dividi-lo em três abas e não apenas em duas, deixar o conceito amplo nos dois infográficos, sendo os desenhos e palavras-chave para 1º e 2º ano e as falas das crianças com palavras-chave do 3º ao 5º ano.

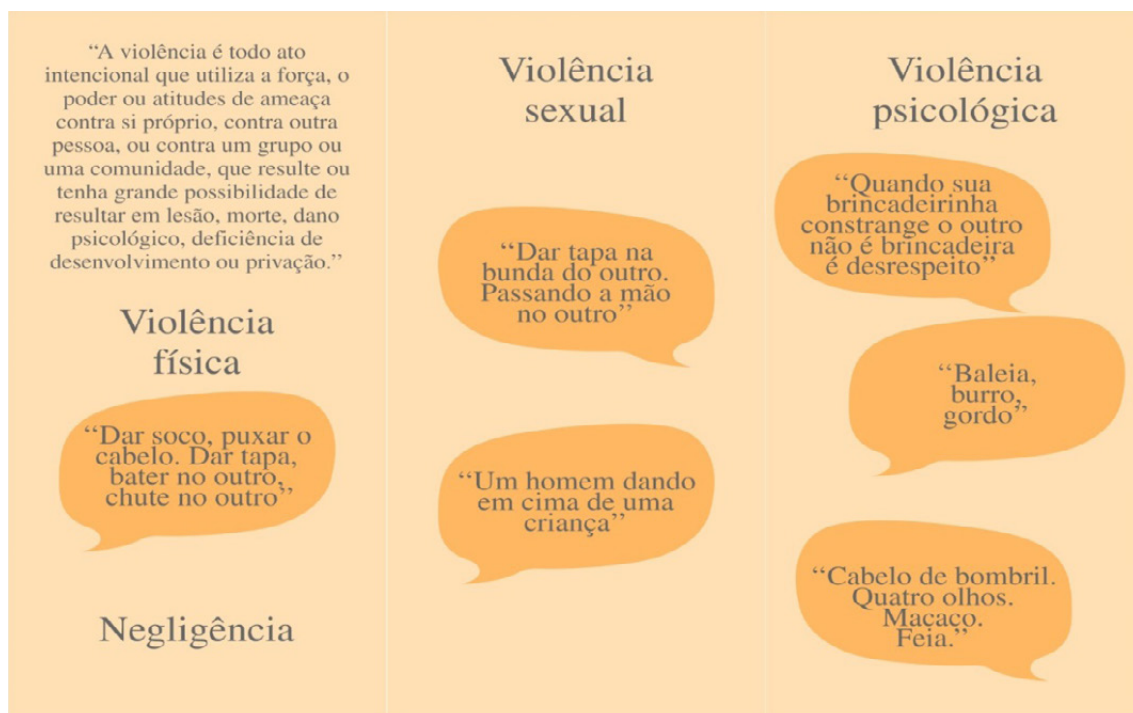
Para a contracapa dos infográficos, foi formulado um padrão único, contendo a identificação do Mestrado, identificação da pesquisa, responsáveis pela elaboração e referências utilizadas. Sendo assim, passou-se à segunda versão dos infográficos, tendo um total de quatro infográficos que seguem a seguir:

Figura 5 - Segunda versão do infográfico sobre violência para 1º e 2º ano-parte externa



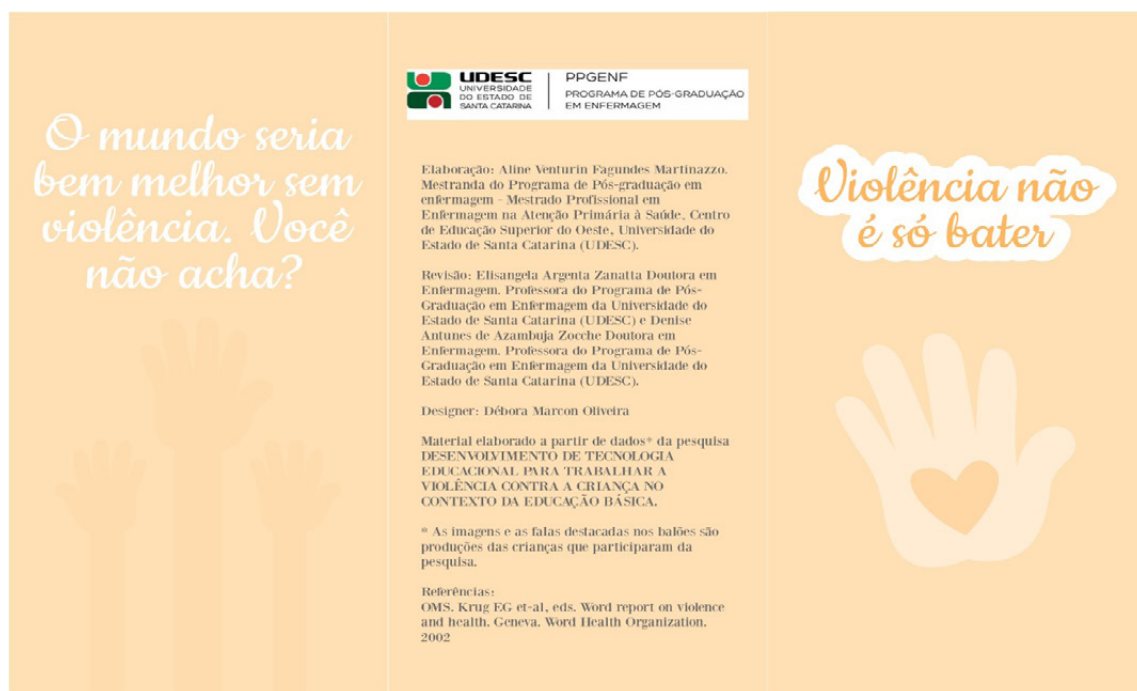
Fonte: Os autores (2020)

Figura 6 - Segunda versão do infográfico sobre violência para 1º e 2º ano-parte interna



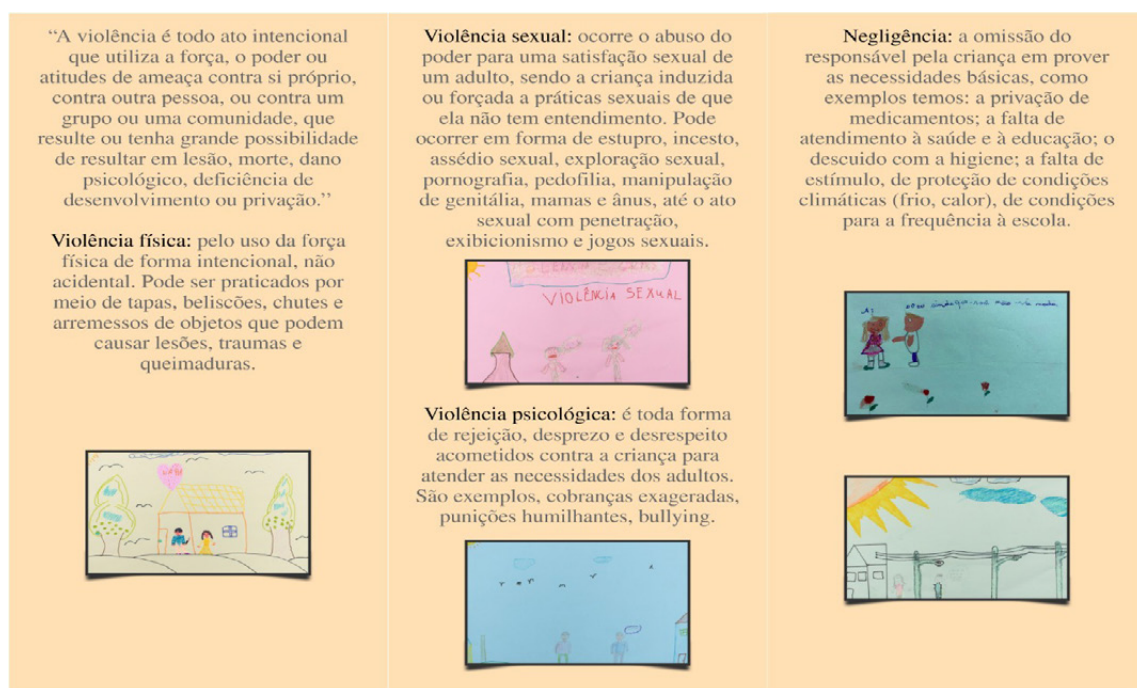
Fonte: Os autores (2020)

Figura 7 - Segunda versão do infográfico sobre violência de 3º ao 5º ano-parte externa



Fonte: Os autores (2020)

Figura 8 - Segunda versão do infográfico sobre violência de 3º ao 5º ano-parte interna



Fonte: Os autores (2020)

Figura 9 - Segunda versão do infográfico sobre Cultura de Paz para 1º e 2º ano-parte externa



Fonte: Os autores (2020)

Figura 10 - Segunda versão do infográfico sobre Cultura de Paz para 1º e 2º ano-parte interna



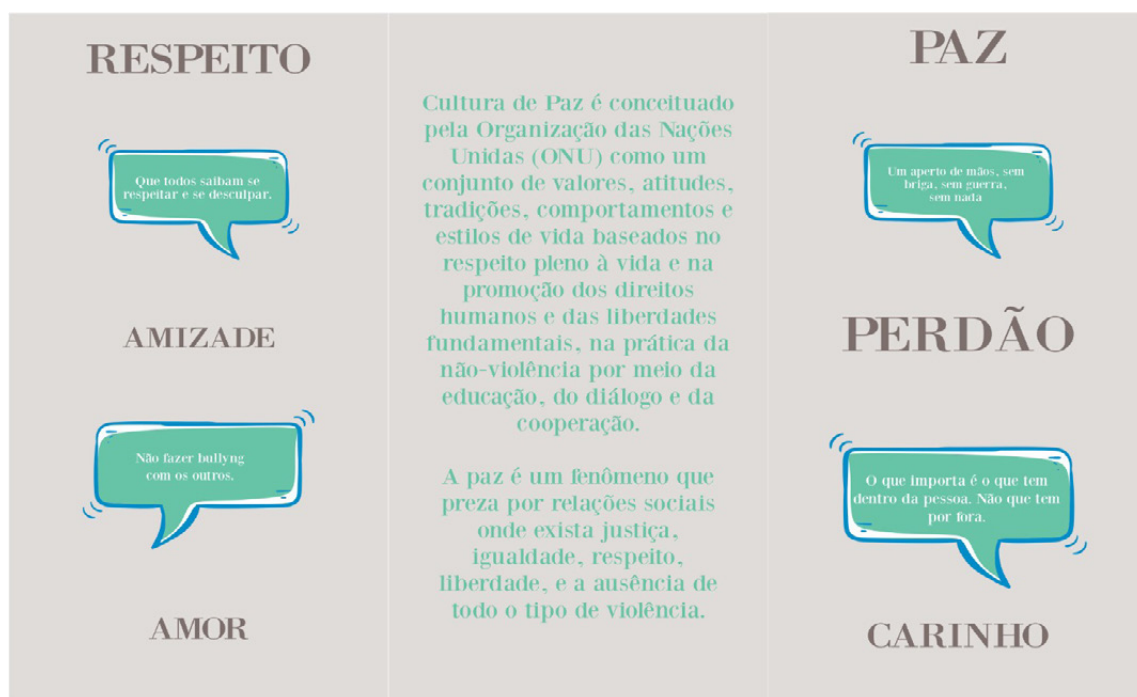
Fonte: Os autores (2020)

Figura 11 - Segunda versão do infográfico sobre Cultura de Paz de 3º ao 5º ano-parte externa



Fonte: Os autores (2020)

Figura 12 - Segunda versão do infográfico sobre Cultura de Paz de 3º ao 5º ano-parte interna



Fonte: Os autores (2020)

Versão final dos infográficos

Após a validação dos infográficos foi necessário mais um ajuste com relação à apresentação das letras, de tamanho para atender a sugestão de um juiz de colocar letras maiúsculas nos infográficos (violência e Cultura de Paz), desenvolvido às crianças do 1º e 2º anos de forma a facilitar sua leitura, pois nessa etapa as crianças estão em processo de alfabetização. Outra sugestão foi a de incluir um conceito de negligência.

Figura 13 – Versão final do infográfico sobre violência 1º e 2º ano-parte externa



Fonte: Os autores (2020)

Figura 14 - Versão final do infográfico sobre violência 1º e 2º ano-parte interna



Fonte: Os autores (2020)

Figura 15 - Versão final do infográfico sobre violência 3º ao 5º ano-parte externa



Fonte: Os autores (2020)

Figura 16 - Versão final do infográfico sobre violência 3º ao 5º ano-parte interna



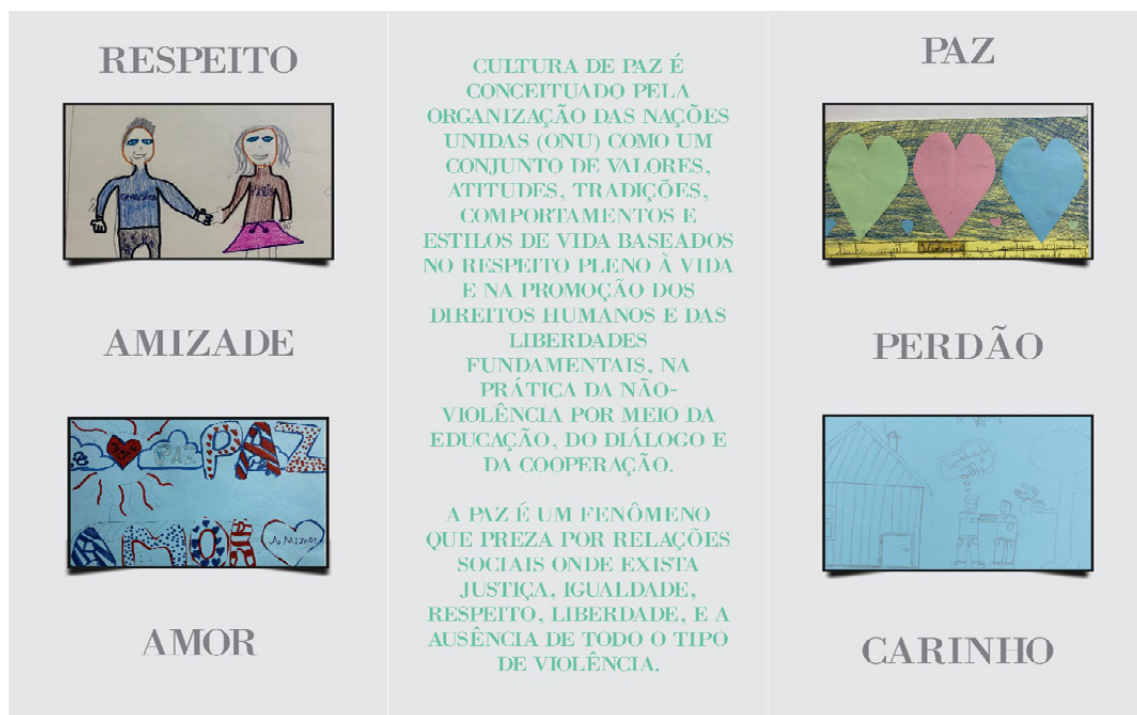
Fonte: Os autores (2020)

Figura 17 - Versão final do infográfico sobre Cultura de Paz 1º e 2º ano-parte externa



Fonte: Os autores (2020)

Figura 18 - Versão final do infográfico sobre Cultura de Paz 1º e 2º ano-parte interna



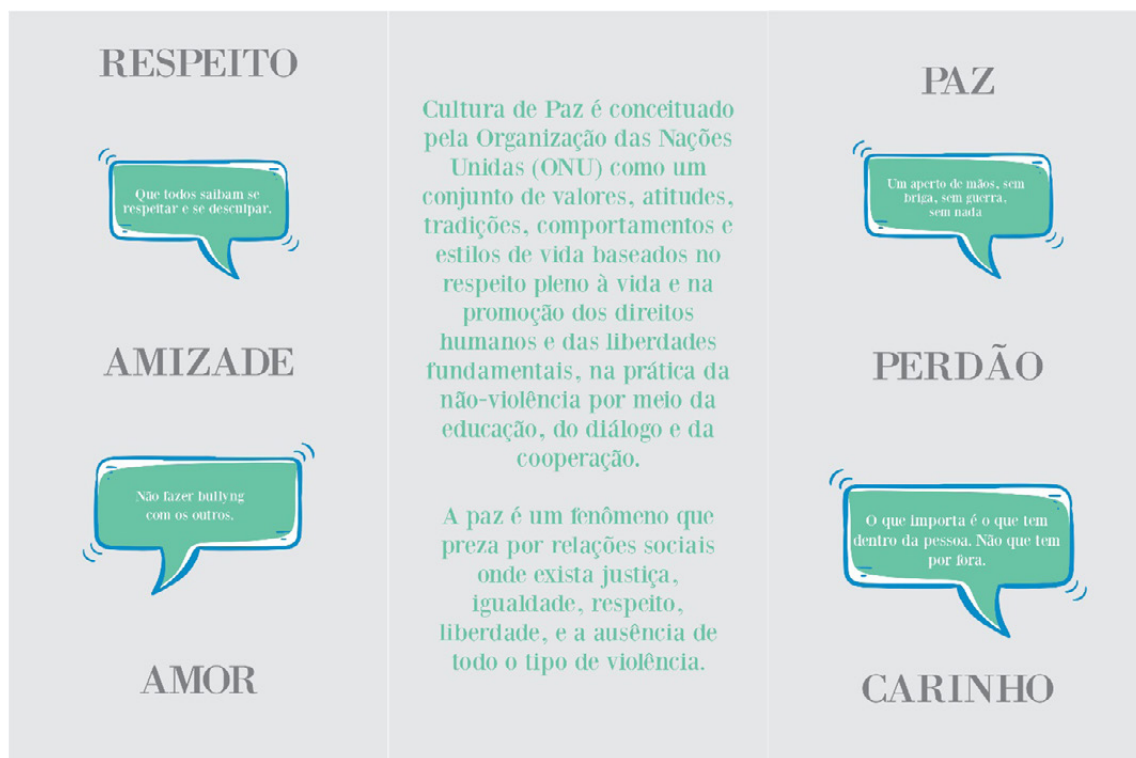
Fonte: Os autores (2020)

Figura 19 - Versão final do infográfico sobre Cultura de Paz 3º ao 5º ano-parte externa



Fonte: Os autores (2020)

Figura 20 - Versão final do infográfico sobre Cultura de Paz 3º ao 5º ano-parte interna



Fonte: Os autores (2020)

DISCUSSÃO

Em um infográfico, as ideias essenciais acerca de um tema são privilegiadas e são elas que estarão expostas aos leitores. “É na “infografia” que há a consolidação da comunicação simples e, ao mesmo tempo, complexa, em que imagem e texto dizem muito pelo detalhe e sincretismo que estabelecem” (SOUZA, 2016, p. 203).

O infográfico mistura texto e imagens, podendo ser explicado a partir do conceito de multimodalidade, definida por Kress e Van Leeuwen (2006) como a característica dos textos em que é utilizado mais de um código semiótico, tais como palavras e imagens (estáticas ou em movimento). Tratando-se do ambiente escolar, local escolhido para a realização da pesquisa, este espaço usa muitas imagens como um recurso didático no aprendizado das crianças.

Cartazes informativos, mapas, livros didáticos, propagandas, revistas, DVD’s, pinturas, desenhos, vídeos, diagramas, gráficos e infográficos são alguns exemplos da utilização das imagens como um recurso mediacional (SILVA, JÚNIOR, BELMIRO, 2015). Os infográficos têm sido cada vez mais utilizados em diferentes suportes e gêneros textuais, sendo um substituto de fotografias e textos, seja ele com finalidade jornalística, de publicidade ou para fins didáticos (KNOLL, FUZER, 2019).

As imagens contidas nos infográficos foram produzidas pelas crianças e, embora na maioria dos desenhos as crianças não conseguiram expressar exatamente o que pensavam sobre o assunto em discussão, em suas falas, durante a explicação do que haviam produzido seus entendimentos soaram mais claramente e ajudaram a complementar as suas produções, demonstrando quanto a violência permeia suas vidas. Quanto à Cultura de Paz como uma estratégia política para a transformação da realidade, da prática da não violência e que envolve relações sociais onde exista justiça, igualdade e respeito, as crianças conseguiram expressar em palavras tais significados (BRASIL, 2009).

As expressões mereceram destaques em ambos os infográficos da Cultura de Paz, sendo que as palavras respeito, amizade, diversidade, amor, solidariedade, justiça, perdão e carinho foram repetidas nas falas de algumas crianças, quando questionadas sobre como fazer para reduzirmos a violência e construirmos uma Cultura de Paz.

Em relação à dificuldade de expressar seus entendimentos sobre violência e ou Cultura de Paz, por meio de desenhos Lavelberg (2006), explica que a insegurança, a vergonha frente ao desenhar algo pretendido em um coletivo, pode ser fruto da exposição precoce aquela temática ou, ainda, por ter o velho hábito de padronizar a maneira correta de se fazer um desenho, dificultando a liberdade e a criatividade da criança.

Considerando essa explicação, pode dizer-se que é importante estimular as crianças a explorarem sua criatividade, estimulá-las a manifestar nos desenhos suas vivências, entendimentos e sentimentos. Atividades como essas, realizadas nesta pesquisa, talvez, possam ser desenvolvidas mais vezes, inclusive pelos professores, pois se acredita que as crianças possuem muito potencial, mas foi percebido que atividades de criatividade e sensibilidade são pouco instigadas e praticadas por elas.

Atividades que desconfiguram o aprender formal praticado na maior parte das salas de aulas, como foi o caso da pesquisa, na qual se trabalhou a coleta de dados baseada no Método Criativo Sensível, também faz com que a criança tenha maior interesse frente à temática e que ela se envolva de forma mais espontânea e pouco formal (SOUZA et al., 2016).

Após a avaliação e validação dos infográficos, ficou evidente que essa é uma tecnologia de fácil acesso e vista com bons olhos pela comunidade escolar, atendendo as demandas locais e em inúmeros contextos dentro do espaço escolar. O infográfico é visto como um meio de comunicação e visualização de conteúdos, tendo por objetivo final passar a mensagem de uma forma que facilite a compreensão à temática proposta, com igual ou superior eficiência se comparado a outros meios textuais de informação (CASTAÑER GARRIGA, CLARAMUNT BIELSA, MARTÍNEZ DE ALBÉNIZ, 2020).

A infografia é conhecida e praticada mundialmente, sendo que há dois concursos reconhecidos no mundo, nos quais o Brasil tem tido premiações e se destacado no cenário mundial da infografia. Vale destacar que desde a primeira premiação em 1996, nosso país tem predominância em premiações de infografia impressas, consideravelmente, à do tipo online (NOGUEIRA, BRAIDA, NOJIMA, 2020).

Assim, ressalta-se a necessidade de que, além de produzir uma TE, é necessário validá-la, pois esse processo qualifica o material produzido, atestando sua cientificidade e capacidade de cumprir com seu papel educativo. Em relação ao processo de validação, Ribeiro et al., (2013) e Alexandre e Colucci (2011) entendem que ele reafirma a evolução de nossa profissão enquanto ciência e que, somente é possível considerar um instrumento válido, quando a sua construção e aplicação possibilitam a real verificação de algo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no que foi dito sobre o processo de construção e validação de uma TE, cabe enfatizar que se faz cada vez mais necessária a necessidade de o enfermeiro fazer uso de instrumentos que contenham esse rigor científico, para realizar atividades de promoção à saúde e prevenção de agravos, especialmente, quando o público-alvo são as crianças em idade escolar.

Acredita-se que os infográficos desenvolvidos sobre violência e Cultura de Paz poderão ajudar os enfermeiros e professores no desenvolvimento de suas atividades na escola, poderão subsidiar e ilustrar as discussões sobre esses temas por conter uma linguagem de fácil entendimento, produzida por crianças para crianças. Dessa forma, cumprindo com o papel de uma TE voltada à prevenção desse fenômeno que interfere no processo de crescimento e desenvolvimento das crianças, deixando, por vezes, marcas profundas e irreparáveis.

Este tipo de tecnologia educacional deve sempre ser mantida e incentivada, pois conta com o uso da criatividade com diferentes saberes, propiciando uma corresponsabilidade entre o público-alvo e o profissional de saúde que está desempenhando a ação de promoção à saúde e prevenção a agravos e, em especial, mostrando o papel do enfermeiro na promoção da saúde comunitária, enaltecendo a enfermagem na educação em saúde e como ciência.

REFERÊNCIAS DO CAPÍTULO 1 - DESENVOLVIMENTO DE INFOGRÁFICOS PARA TRABALHAR A VIOLÊNCIA E A CULTURA DE PAZ NA ESCOLA

ALEXANDRE, NMC; COLUCCI, MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(7), 3061-3068, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/06.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2020.

BENEVIDES, JL et al. Construção e validação de tecnologia educativa sobre cuidados com úlcera venosa. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 50, n. 2, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n2/pt_0080-6234-reeusp-50-02-0309pdf. Acesso em: 10 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 44 p. : il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente- ECA**; versão atualizada, 2019. Disponível em: http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/mmfdh/eca_atualizado_mmfdh_2019.pdf. Acesso em: 03 out. 2019.

CABRAL, IE. Uma abordagem Criativo-Sensível de pesquisar a família. In: ALTHOFF, C.R.; INGRID, E.; NITSCHKE, R. G. (Org.). **Pesquisando a família: olhares contemporâneos**. Florianópolis: Papa-livros, 2004, p.127-139.

CASTAÑER GARRIGA, A; CLARAMUNT BIELSA, MM; MARTÍNEZ DE ALBÉNIZ, J. La competencia comunicativa en materias de finanzas y seguros: las infografías. **RIDU: Revista d'Innovació Docent Universitària**, Universitat de Barcelona, 2020, v. 12, p. 15-21, 2020. Disponível em: <https://revistes.ub.edu/index.php/RIDU/article/view/RIDU2020.12.2/31084>. Acesso em: 30 jun.2020.

IABELBERG, R. **O desenho cultivado da criança: prática e formação de educadores**. [S.l.: s.n.], 2006.

KNOLL, GF; FUZER, C. Análise de infográficos da esfera publicitária: multimodalidade e meta-função composicional. **Alfa**, São Paulo, v.63, n.3, p.583-608, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/alfa/v63n3/1981-5794-alfa-63-3-0583.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2020.

KRESS, G; VAN LEEUWEN, T. **Reading Imagens**: the grammar of visual design. London: Routledge, 2006.

LOBIONDO-WOOD, G; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação crítica e utilização. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MOREIRA, TNF. A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.23, n.3, p.814-827, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n3/0104-1290-sausoc-23-3-0814.pdf>. Acesso em: 18 ju. 2020.

NIETSCHE, EA et al. Tecnologias inovadoras do cuidado em enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S.l.], v. 2, n. 1, p. 182-189, abr.2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/3591/3144> Acesso em: 30 jun 2020.

NIETSCHE, EA; TEIXEIRA, E; MEDEIROS HP. **Tecnologias cuidativo-educacionais: uma possibilidade para o empoderamento do (a) enfermeiro (a)?** Porto Alegre: Moriá, v. 15, n. 1, 2014.

NIETSCHE, EA. **Tecnologia emancipatória: possibilidade ou impossibilidade para a práxis do enfermeiro?** Ijuí, RS:Unijuí, 2000.

NOGUEIRA, DM; BRAIDA, F; NOJIMA, VLMS. Os infográficos brasileiros no Malofiej: dados sobre os 25 anos da principal premiação da infografia mundial. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 3, p. 11047-11061, mar. 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/7478/6512>. Acesso em: 30 jun 2020.

OMS. **Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência 2014**, pág.10 e 11. Disponível em: <https://nev.prp.usp.br/wp-content/uploads/2015/11/1579-VIP-Main-report-Pt-Br-26-10-2015.pdf> Acesso em: 15 jun. 2020.

RIBEIRO, MA et al. Validation studies in nursing: Integrative review. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, 14(1), 218-228, 2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027985024>. Acesso em: 15 jun. 2020.

SALBEGO, C, et al. Tecnologias Cuidativo Educacionais: um Conceito em Desenvolvimento. In: TEIXEIRA E. (Org). **Desenvolvimento de tecnologias cuidativo-educacionais**. Porto Alegre: Moriá, 2017. p. 31-50.

SANCHES, V. **La infografía: técnicas, análisis y usos periodísticos**. València: Universitat de València; Castello de Olana: Publicacions de La Universitat Jaume I; Barcelona: Universitat Pompeu Fabra; Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona: Servei Publicacions, 2001.

SCAGLIONI, LM; CAMILLO, CM. Infográficos e Livros Digitais como Recursos no Contexto Escolar. **Revista: EaD& Tecnologias Digitais na Educação**, Dourados, MS, v. 4, n.5, 2016. Disponível em: <http://ojs.ufgd.edu.br/index.php/ead/article/view/6661/4059> Acesso em: 26 mar. 2019.

SILVA, AF; JUNIOR, AO; BELMIRO, CA. Imagens e desenhos infantis nos processos de construção de sentidos em uma sequência de ensino sobre ciclo da água. **Revista Ensaio**, Belo Horizonte ,v.17, n. 3, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/epec/v17n3/1983-2117-epec-17-03-00607.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2020.

SOUZA, JAC. Infográfico: modos de ver e ler ciência na mídia / Infographics: Ways of Seeing and Reading Science in Media. **Bakhtiniana**, São Paulo, 11 (2): 190-206, Maio/Ago. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/bak/v11n2/2176-4573-bak-11-02-0190.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2020.

SOUZA, RA et al. Colônia de férias como proposta de promoção da saúde de crianças: tecnologia leve no processo assistencial de enfermeiros. In: SANTOS, Z.M.S.A.; FROTA, M.A.; MARTINS, A.B.T. **TECNOLOGIAS EM SAÚDE: da abordagem teórica a construção e aplicação no cenário do cuidado**. Fortaleza: EdUECE, 2016. 482 p.

TEIXEIRA, E; MOTA, VMSS. Validação passo a passo de tecnologias educacionais. In: TEIXEIRA, E, MOTA, VMSS. Tecnologias Educacionais em Foco. 1. ed. São Caetano do Sul, SP: Difusão, 2011. 59 p.

TEIXEIRA, E; MEDEIROS, HP; NASCIMENTO, MHM. Referenciais metodológicos para validação de tecnologias cuidativo-educacionais. In: NIETSCHE, E.A.; TEIXEIRA, E.; MEDEIROS, H.P. (Org). Tecnologias cuidativo-educacionais: Uma possibilidade para o empoderamento do(a) enfermeiro(a)?: Porto Alegre: Moriá, 2014. p.113-130.

CAPÍTULO 2

DESENVOLVIMENTO DE UM CURSO DE FORMAÇÃO EM PRECEPTORIA NA SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

JULIANA DUARTE ARAÚJO

CARINE VENDRUSCOLO

EDLAMAR KÁTIA ADAMY

LETÍCIA DE LIMA TRINDADE

INTRODUÇÃO

Trata-se, neste capítulo, do relato da experiência no desenvolvimento de um Curso para a Formação Profissional¹ sobre a Preceptoria, destinado a profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) e professores de cursos de graduação na área da saúde, utilizando como estratégia a modalidade Educação à Distância (EaD).

No contexto da produção da saúde, a APS é o termo utilizado internacionalmente, para caracterizar os serviços que oferecem assistência às necessidades de saúde priori-

1 Segundo o Relatório de Grupo de Trabalho da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Curso de Formação Profissional é um “conjunto de conteúdos estabelecidos de acordo com as competências requeridas pela formação profissional, em conformidade com os objetivos do Programa de Pós-Graduação” (BRASIL, 2019, p. 38). Pode ser de oferta regular ou em intermitente, devendo contar com profissionais vinculados às instituições envolvidas com o processo da pesquisa.

tárias das pessoas e comunidades de determinado território em países que adotam esse modelo. Reconhecida no Brasil como Atenção Básica (AB), é uma das principais políticas do Ministério de Saúde (MS) para a consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Funciona como porta preferencial de entrada do usuário no Sistema de Saúde e centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), além de ser considerada como coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na Rede. Na consolidação e expansão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) do Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é prioritária, contemplando equipes de Saúde da Família (eSF) compostas por: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), podendo ainda, contar com cirurgião dentista e técnico de saúde bucal. A característica principal das eSF é a atenção generalista e multiprofissional, centrada nas características e necessidades de determinado território (BRASIL, 2017).

Embora o trabalho da APS, articulado a um campo de saber voltado às ações de prevenção e promoção da saúde, potencializa a prática interprofissional; sob a perspectiva da formação em saúde são inúmeros os desafios enfrentados pelos profissionais na atuação voltada para o SUS. Esses desafios requerem processos de educação permanente, como um caminho para enfrentamento dos limites do trabalho no cotidiano dos profissionais que fazem parte das equipes (VENDRUSCOLO et al., 2020). A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma ferramenta para suprir a necessidade dos profissionais ao desenvolvimento de uma postura crítico-reflexiva (SILVA et al., 2015). Trata-se de um dispositivo para organizar e subsidiar a formação no ambiente do serviço dos trabalhadores da área da saúde.

O MS, em parceria com o Ministério da Educação (MEC), criou, por meio da Secretaria de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), orientada inicialmente, pela Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004 e, posteriormente, revisada pela Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, ambas estruturadas com vistas a enfrentar os desafios relacionados à formação do trabalhador do SUS (BRASIL, 2004; 2007). Na primeira Portaria foram consideradas as diretrizes e princípios do Sistema, contendo a proposta de aumentar a capacidade resolutiva dos serviços, sob a lógica do incentivo à qualificação da formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde. Priorizou um processo educativo orientado a partir das necessidades das populações, da gestão setorial e dos trabalhadores, incluindo o controle social (BRASIL, 2004). Já, a segunda apresentou novas diretrizes e estratégias, reforçando a descentralização e

a regionalização das ações, bem como a integração entre os mundos do trabalho e da educação, pela criação das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) como forma de efetivação da Política em âmbito regional (BRASIL, 2007).

Nos estudos de Vendruscolo, Prado, Kleba, (2016) e Vendruscolo et al., (2018), realizados na região oeste de Santa Catarina, é mostrada uma tendência salutar em diminuir as diferenças entre universidade e serviços de saúde, entre estudantes e profissionais. Outra evidência nessa direção, perceptível a partir da consolidação da PNEPS no estado de SC, é o esforço coletivo de promover ações para a formação contínua de profissionais, por meio de cursos, capacitações e outros movimentos (SANTA CATARINA, 2019). Acredita-se que ao se assumirem como cidadãos, ao trocar a postura de expectadores pela de protagonistas, os representantes das instâncias de ensino e de serviço em saúde assumem responsabilidades, comprometem-se, participam e desenvolvem o senso de pertencimento no processo de produção da saúde (VENDRUSCOLO et al., 2018).

A proposta interministerial, também, pretendeu inovar nas ações educativas, ao desenvolver estratégias diferenciadas à aprendizagem dos profissionais de saúde no cenário em que a produção da saúde acontece, incluindo-os no processo, como protagonistas. Nessa perspectiva, a utilização de metodologias de EaD ganhou destaque como possibilidade de alcançar profissionais e trabalhadores de regiões mais longínquas do Brasil, auxiliando no processo contínuo de conhecimento, mediante um novo ambiente à construção do conhecimento. Para fins de definição, a modalidade EaD é aquela que atinge um grande número de pessoas distribuídas em diversas localidades e permite a aquisição de conhecimentos e capacidade crítico-reflexiva, bem como, habilidades e competências para o desenvolvimento de suas funções (SILVA et al., 2015).

A PNAB reforça a necessidade da integração ensino-serviço na APS como forma de qualificação no desempenho das equipes e, conseqüentemente, melhoria no acesso e resolutividade da assistência nesse patamar de atenção (BRASIL, 2017). Com tais contornos, prescreve a EPS, por meio de iniciativas voltadas às mudanças na graduação “pré-service” (Diretrizes Curriculares, Pet-saúde, Pró Saúde e VER-SUS) e voltadas aos trabalhadores já inseridos no Sistema “in-service” (Residências, Programa Mais Médicos, Método Paideia, Matriciamento, Educação Permanente e Política de Humanização). Esses dispositivos para a gestão do trabalho e reorientação da formação beneficiam a APS e instituições de ensino e pesquisa, incluindo os atores que fazem parte do processo: trabalhadores, professores e estudantes e, sobretudo, a população, atendendo a prerrogativa constitucional que atribui ao SUS a corresponsabilização pela formação de recursos humanos (BRASIL, 1988).

Apresentaremos a seguir a trajetória de construção de uma iniciativa de EPS que culminou com a elaboração de um Curso à Formação Profissional na modalidade EaD, intitulada “Formação em Preceptoría: promovendo a integração ensino-serviço na Atenção Primária à Saúde”, caracterizada como produto técnico do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). No decorrer do capítulo, será abordada a problemática que gerou a necessidade da atividade (ausência de habilidades dos profissionais à preceptoría), os caminhos percorridos ao seu desenvolvimento e a necessidade de adaptação para um Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA).

Uma demanda emergente nos serviços: a atividade de preceptoría em foco

A atividade de preceptoría, bem como o profissional preceptor são temas pouco abordados na literatura e, além disso, não há uma lei ou regulamentação por parte do MEC e do MS para sua definição e que oriente as atribuições dos preceptores. O termo preceptor chegou a ser discutido na “Oficina de Trabalho para Pactuação de termos Sobre Preceptoría e Supervisão, no âmbito da Educação dos Profissionais de Saúde” realizado pela SGTES/MS em 2018, baseado em reflexões a partir da análise documental e bibliográfica e, também, das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da área da saúde. Nesse documento está definido que o preceptor como um profissional que pode estar vinculado à Instituição de Ensino Superior (IES) ou não, que tem importante papel na inserção e socialização do estudante e que, com sua “experiência acumulada ajuda a criar as condições necessárias para que as práticas sejam implementadas de maneira satisfatória durante o processo de formação” (BRASIL, 2018, p. 26).

Partindo desse princípio, durante a graduação em enfermagem, tanto os enfermeiros preceptores do serviço, como os professores vinculados a IES são responsáveis pela formação de qualidade do futuro profissional, com a atribuição de assegurar que os estudantes dos cursos de enfermagem alcancem os resultados esperados em seu processo de aprendizagem, a partir do desenvolvimento de competências e habilidades que contemplem as melhores práticas de enfermagem. Consequentemente, a gestão do serviço de saúde e a IES têm o compromisso de oferecer condições adequadas por meio da EPS, para que esta formação aconteça, atendendo as exigências ministeriais e as DCN (FERREIRA; DANTAS; VALENTE, 2018).

Entretanto, a maioria dos profissionais da saúde que desenvolvem a atividade de preceptoría, entre eles os enfermeiros, contam com restrito conhecimento pedagógico, devido, em parte, à pouca

oferta de cursos de Licenciatura nos cursos da área da saúde e ao pouco envolvimento da IES no sentido de capacitar e apropriar, pedagogicamente, este profissional, o qual, na maioria das vezes, não está vinculado à instituição e não é remunerado para desempenhar a atividade de preceptoria, principalmente na competência de graduação (SOUZA et al., 2011).

O preceptor é parte importante do processo educacional de formação, ou seja, desenvolve atitude educativa no trabalho e, para tal, necessita de conhecimentos que vão além dos saberes sobre a prática, pois precisa desenvolver a capacidade de mediar o processo de aprender-ensinar no trabalho, problematizar a realidade e provocar no estudante o processo de ação e reflexão à reconstrução da sua prática diária, devendo ser capaz de transformar a vivência do campo profissional em experiências de aprendizagem (RIBEIRO, PRADO, 2014).

O saber proporcionado pela prática nem sempre é suficiente para dotar os professores das habilidades que são necessárias ao exercício da atividade educativa. Por isso, os profissionais, via de regra, adicionam à sua formação outros saberes que integram a base teórica sólida e, assim, adquirem os contornos do ser professor. Os conhecimentos pedagógicos são construídos a partir de um movimento educativo em permanente mudança, necessitando investimento por parte dos professores e das IES (LIMA et al., 2015).

Foi com base nessas prerrogativas e nos desafios postos à atividade de preceptoria, sobretudo, na área de enfermagem, que se vislumbrou a necessidade de lançar luz a esta temática. Tais inquietações ocorreram durante a vivência da autora enquanto gestora da saúde em uma Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que recebia, em suas Unidades de APS, estudantes em formação. Os enfermeiros que acolhiam os estudantes nos campos de estágio, nem sempre se sentiam preparados para a função, o que levou a questionamentos sobre a atividade de preceptoria e à oportunidade de resolvê-los durante o Mestrado Profissional.

MÉTODO

As ações de EPS preconizam metodologias problematizadoras pela sua capacidade de promover a aprendizagem significativa. Essa alternativa pedagógica mobiliza os sujeitos e corresponde a uma sensibilização para o conhecimento ao facilitar uma atitude favorável à aprendizagem, tendo como prerrogativa “[...] a criação de uma situação motivadora, aguçamento da curiosidade, colocação clara do assunto, ligação com o conhecimento e a experiência que o estudante traz” (LIBÂNEO, 1987, p. 145). Essas metodologias ao serem empregadas na área da saúde permitem transcender os territórios, predominantemente epidemiológicos, aproximando-se

da vida das pessoas e da atuação das eSF, o que, também, favorece a construção de vínculos e de uma abordagem humanizada (VENDRUSCOLO, PRADO, KLEBA, 2016).

Várias alternativas pedagógicas podem servir à aprendizagem crítica, sendo que muitas delas podem ser caracterizadas como tecnologias educacionais que, na área da saúde, são aquelas com propósito de colaborar com a produção do conhecimento a partir de opções de ensino que sirvam à gestão e à assistência. As tecnologias educacionais podem vir acompanhadas por inovações no cuidado e na gestão e colaboram com a prevenção de doenças e com a promoção da saúde dos indivíduos e grupos sociais (TEIXEIRA, 2020). Ao encontro desse modelo, ganha destaque, na atualidade, o emprego de Tecnologias de Informação e Comunicação à Distância (TICD) na primeira década dos anos 2000. Nesta época, o MS iniciou o apoio à Telemedicina e ao Telessaúde, contemplando ações pontuais e fomento a projetos que atendiam a diferentes finalidades, de acordo com as instituições que as desenvolviam ou coordenavam (EL-KHOURI, 2003).

As TICD são ferramentas inovadoras no processo ensino-aprendizagem dos profissionais de saúde, pois contribuem e transformam de maneira positiva os processos de trabalho no SUS, atuando como facilitadoras de aprendizagem e multiplicadoras do ensino, proporcionando aos profissionais autonomia e responsabilidade pela aquisição do próprio conhecimento. Integrar as TICD com as ações de EPS facilita a obtenção do “conhecimento no próprio local de trabalho ou em qualquer outro espaço que o profissional considere adequado, como na própria residência, sem atrapalhar suas atividades cotidianas, tornando assim o sujeito protagonista de seu processo de ensino-aprendizagem” (FARIAS et al., 2017).

Fruto do MPEAPS, o estudo que originou o Curso para Formação Profissional EaD intitulada “Formação em preceptoría: promovendo a integração ensino-serviço na atenção primária à saúde”², desenvolveu-se por meio de uma metodologia participativa designada como Pesquisa Apreciativa (PA), realizada com cinco enfermeiras vinculadas à APS e três enfermeiras professoras, vinculadas a um Curso de Graduação em Enfermagem de uma Universidade Comunitária em um município do Oeste do estado de Santa Catarina. Por meio da pesquisa foi originado o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da mestranda, o qual conta com outros produtos científicos, além do Curso

2 A pesquisa teve como Objetivo geral: Desenvolver curso para formação profissional em preceptoría para enfermeiros e demais profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde e como objetivos específicos: identificar e fortalecer as melhores práticas na preceptoría em saúde desenvolvida por enfermeiros professores e enfermeiros preceptores através da Pesquisa Apreciativa; fortalecer a integração ensino-serviço na Atenção Primária à Saúde por meio da Pesquisa Apreciativa; desenvolver o método da Pesquisa Apreciativa como prática de educação permanente para enfermeiros professores e preceptores.

para Formação Profissional, caracterizado como produto técnico. Apesar de a PA ter sido realizada com enfermeiras, o curso foi elaborado para um público mais abrangente, contemplando todos os profissionais da APS, por entendermos que as fragilidades sobre a preceptoria não diz respeito somente à enfermagem.

Para dar sequência ao desenvolvimento da pesquisa, no intuito de preparar os enfermeiros da APS para a preceptoria, a PA ofereceu uma metodologia que pode ser utilizada para identificar as melhores práticas desenvolvidas e empregadas pelas pessoas que trabalham em uma instituição. Esse tipo de pesquisa consiste numa metodologia participativa que permite a participação e o engajamento dos envolvidos, incentivando debates reflexivos e críticos e estabelece um espaço de discussão para que as mudanças ocorram, bem como proporciona o alcance de metas almejadas pelo grupo. É constituída por quatro fases, designadas como “ciclo 4D”, na língua inglesa conhecidas como: *Discovery*, *Dream*, *Design* e *Destiny*. Traduzidas para o português, essas fases são designadas como: descoberta, sonho, planejamento e destino (ARNEMANN, GASTALDO, KRUSE, 2018).

Contamos nesta pesquisa com cinco encontros, tendo duração aproximada de duas horas cada um, entre os meses de abril e junho do ano de 2019. O primeiro e o segundo encontro corresponderam à fase da Descoberta, o terceiro à fase do Sonho e o quarto e quinto, às fases do Planejamento e Destino respectivamente. Obteve-se, entre outros resultados, a falta de capacitação sobre a atividade didático-pedagógica dos preceptores, assim como a delimitação legal do papel do preceptor frente ao estudante em estágio.

Embora a pesquisa tenha sido realizada com enfermeiras a partir de situação problema vivenciada no município, como mencionado, o Curso para Formação Profissional foi adaptado a uma abrangência maior, tendo como público-alvo profissionais da área da saúde que atuam na APS. O curso foi proposto de forma coletiva e na modalidade EaD.

A elaboração do Curso para Formação Profissional foi pensada diante de estudos bibliográficos, da legislação e dos dados resultantes da PA realizada. Teve como objetivo contribuir com a formação dos futuros profissionais de saúde por meio do fortalecimento da integração ensino-serviço e incentivar a formação em preceptoria no âmbito da equipe interprofissional de saúde.

Os resultados que emergiram da PA culminaram com a elaboração do curso de formação profissional que será disponibilizado em formato EaD, destinado aos profissionais da área da saúde que atuam como preceptores na APS. Esse material foi estruturado em três módulos, contendo conteúdos que objetivavam aprimorar as habilidades pedagógicas dos preceptores na relação com os estudantes em campo de estágio e, por conseguinte, promover melhor relação preceptor versus

professor supervisor e preceptor versus estudante, além de fomentar a qualidade da formação de profissionais de saúde para atuar no SUS. Os profissionais de saúde interessados em realizar essa atividade de qualificação em formato de curso poderão acessá-lo através do curso que terá duração de 30 horas e será disponibilizado no AVA denominado *Moodle* da UDESC.

RESULTADOS-DISCUSSÃO

Os Mestrados Profissionais (MP) são dispositivos de apoio à integração ensino-serviço, pois fomentam a articulação das pesquisas ao trabalho em saúde e contribuem para desenvolver inovações e agenciar a tomada de decisões seguras, voltadas aos problemas vivenciados no cotidiano do processo de trabalho, com aplicação do conhecimento mediante evidências científicas. No Brasil, os MP foram criados e regulamentados como uma modalidade de formação *stricto sensu* que objetiva suprir as demandas sociais, políticas e econômicas, articuladas à qualificação de trabalhadores no serviço, a “capacitação de pessoal para a prática profissional avançada e transformadora de procedimentos e processos aplicados, por meio da incorporação do método científico” (NATIONAL NURSING CENTERS CONSORTIUM, 2014, p. 20). Essa modalidade pode ser útil no fomento às profissões da área da saúde, sobretudo da enfermagem, considerando a importância deste profissional nas eSF ao ocupar cargos de gestão, assistência ao usuário e, principalmente, ao contribuir com processos educativos, nos quais incorpora ações de educação em saúde e educação continuada e permanente, bem como a investigação em saúde (VENDRUSCOLO, ADAMY, WEBER, 2018).

Nessa direção, a UDESC conta com uma ferramenta tecnológica oficial de ensino em forma de plataforma online, denominada de AVA, chamado *Moodle* UDESC, destinada à utilização por professor, estudante, técnicos universitários e público externo. Esse AVA pode ser utilizado para a oferta de cursos no formato presencial ou no formato EaD. É importante constar que o *Moodle* UDESC tem a opção de aplicativo para ser baixado no celular.

Cabe destacar que os AVA se configuram como espaço de conhecimento por meio do desenvolvimento de atividades educativas, mediadas por uso de tecnologias de informação e comunicação que valorizam a interação e o trabalho, rompendo os limites de sala de aula presencial e favorecendo a formação por meio de ambientes virtuais de aprendizagem (MARTINS, TIZIOTTO, CAZARINI, 2016).

Dessa forma, utilizando as ferramentas tecnológicas que a própria Universidade oferece de forma gratuita, o Curso para Formação Profissional foi pensado para ser ofertado via plataforma *Moodle* UDESC no seguinte endereço eletrônico: <https://www.moodle.udesc.br/>. Terá o formato EaD, com avaliação objetiva ao final de cada um dos módulos. A plataforma *Moodle* UDESC tem

formatação própria e conta com apoio de uma equipe técnica da própria Universidade para organizar o *desing* instrucional do curso.

Na produção do curso, o conteúdo terá início com uma orientação escrita instrucional para os cursistas sobre as etapas do curso, além da disponibilização do cronograma, material, guia de acesso ao *Moodle* e formas de avaliação e participação no curso.

Os conteúdos elaborados para atingir os objetivos foram distribuídos em três Unidades de Aprendizagem (módulos) e em cada uma delas foram abordados conteúdos considerados importantes para o alcance dos objetivos propostos, conforme quadro abaixo:

Quadro 1 – Unidades de Aprendizagem

UNIDADE	TEMA	CONTEÚDO
Unidade 1	Bases teórico-conceituais da aprendizagem profissional na saúde	Preceitos neoliberais; Tendências pedagógicas brasileiras: liberais e progressivas; A educação e o processo de mudança; Documentos e normativas legais da formação na área da saúde; Ferramentas de planejamento da educação
Unidade 2	O SUS como escola: os cenários e o papel dos diferentes atores na integração ensino-serviço	As Instituições de Ensino Superior, a Atenção Primária à Saúde e a Integração Ensino-Serviço.
Unidade 3	Competências para a preceptoria e o ensino interprofissional (EIP) na saúde	Bases legais para a preceptoria; Atitudes e habilidades do preceptor: pedagógicas e profissionais; Educação interprofissional na APS.

Fonte: Os autores (2020).

A elaboração do material teórico da atividade de formação inclui: texto de apoio, ilustrações, esquemas gráficos, vídeos sobre o conteúdo para reflexão do participante, indicação de material de estudo extra e atividades avaliativas objetivas. Esse material foi elaborado pela mestrandia, tendo a participação das orientadoras, e os conteúdos foram pensados, cuidadosamente, a fim de oferecer ferramentas ao aprimoramento didático dos participantes. Para a progressão entre os módulos, o cursista deverá obter 70% de aproveitamento mediante resposta da atividade avaliativa, sendo permitido múltiplas tentativas e, ao final da atividade como critério para recebimento do certificado, ter atingido 100% de aproveitamento e efetuar a avaliação do curso. O acompanhamento de acesso ao AVA Moodle será feito pela mestrandia e orientadoras.

A fim de tornar o material mais didático e interativo, foram utilizadas chamadas ao longo das Unidades de Aprendizagem, através dos recursos de “Saiba Mais”, “Para Refletir” e “Definições-Conceitos”. Faz-se necessário, nesse tipo de abordagem educacional, avaliar o quanto o participante conseguiu absorver e refletir sobre os conteúdos propostos. A avaliação constitui processo de julgamento consciente e, ao mesmo tempo, uma ação reflexiva, ética e dialógica, parte essencial do processo formativo que deve fornecer subsídios para a identificação de avanços e dificuldades no contexto do ensino e da aprendizagem (GONTIJO, ALVIM, LIMA, 2015). Dessa forma, ao final de cada Unidade, será disponibilizada ao participante a atividade avaliativa, referente aos temas abordados. Essas atividades são compostas por, no máximo, três perguntas em formato de resposta optativa. Espera-se que a partir da realização da atividade avaliativa o profissional de saúde consiga assimilar os pontos importantes dos conteúdos estudados ao longo do curso.

É importante registrar que, embora o Curso para Formação Profissional esteja completamente estruturado no ambiente virtual, ainda não foi disponibilizado aos participantes, o que acontecerá logo após a defesa do TCC, programada para o segundo semestre do ano de 2020.

Tendo em vista a qualidade do curso, de acordo com a avaliação das professoras envolvidas e, também, pelo fato de os desafios na preceptoria em saúde serem uma demanda nacional, foi proposto que o material fosse disponibilizado para todas as IES com cursos da área da saúde e SMS do estado de Santa Catarina, que recebem estudantes para estágio curricular e que estivessem interessados em aprimorar e qualificar a formação dos futuros profissionais de saúde, a partir da capacitação dos preceptores que atuam nos cenários da prática. A forma de divulgação será por meios de comunicação como: e-mails, portais online e aplicativo WhatsApp, com auxílio da Associação Brasileira de Enfermagem - sessão SC (ABEn-SC) e da Secretaria de Estado da Saúde de SC (parceiros no desenvolvimento da pesquisa macro que originou o TCC).

Para realizar as inscrições, os participantes deverão preencher um formulário no *microsoft forms*. Ao concluir a atividade de formação e realizar as avaliações, os participantes receberão via e-mail um certificado de conclusão, contendo a descrição e a carga horária de 30 horas. A Atividade formativa ficará à disposição dos participantes no sistema pelo período aproximado de 60 dias, tempo estimado para que o participante consiga realizar a atividade formativa concomitantemente a sua rotina de trabalho na área da saúde.

Cabe destacar que a oferta de cursos por meio de AVA para os profissionais do serviço e professores das IES surge como uma estratégia de inclusão e acesso a materiais para a formação permanente em preceptoria. Autor reforça que as tecnologias em contextos educativos favorecem a criação de espaços de aprendizagem por meio de recursos inovadores com a participação ativa do educando, produzindo e difundindo informações que contribuem ao desenvolvimento de novas formas de aprender e adquirir conhecimentos nas práticas de saúde (LOPES et al., 2018).

Estabelecer elos de comunicação entre pessoas, por meio de espaços de aprendizagem permeados pelo diálogo, pode despertar a motivação e a autonomia para o cuidado. Em meio a situação pandêmica que o mundo presencia no ano de 2020, isso se intensifica, já que o ambiente virtual pode apresentar-se como um espaço de interação social, de aprendizagem e de saúde na atual conjuntura, revelando-se, ainda, como uma possibilidade para o estabelecimento de relações fecundas entre as pessoas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acreditamos que este é um processo que está apenas começando. Os espaços de ação e de reflexão sobre a prática se configuram em duas unidades de cooperação – o trabalho e a educação – os quais, quando integrados, promovem a transformação da realidade.

Desenvolver o Curso para Formação Profissional foi uma experiência gratificante e inovadora, em virtude de que o mesmo poderá contribuir significativamente, na ampliação dos conhecimentos dos profissionais preceptores da APS. Considera-se que o movimento se configura como uma prática EPS e, nesse sentido, além de transformar a prática profissional dos envolvidos, contribuirá para a qualificação dos futuros profissionais de saúde. Além disso, a atividade para além do Curso também promoveu a integração ensino-serviço, aproximando o campo da teoria ao da prática durante a realização da Pesquisa que originou o Curso. Ficou evidente, sob esse ponto de vista, que a integração ensino-serviço é fundamental quando se deseja aprimorar a formação de futuros profissionais de saúde, já que aproximar os atores en-

volvidos no processo nos mundos do ensino e do serviço pode promover mudanças positivas e aumentar a qualidade da produção de saúde.

Os atores-chave que fazem parte das instituições formadoras e dos serviços de saúde devem estreitar relações, trocar experiências positivas realizadas no campo da prática e no campo da teoria, dialogar e planejar em conjunto ações transformadoras na formação para o SUS. Assim, o Curso para Formação Profissional se configura como uma possibilidade ao estabelecimento de relações férteis entre atores que atuam no ensino e no serviço em saúde, revelando-se como possibilidade de aprimoramento da função de preceptoria na área da saúde.

Espera-se que o Curso para Formação Profissional obtenha o alcance desejado e que, ao término do processo, seja possível evidenciar uma mudança na qualidade dos processos formativos em saúde. Isso por que se acredita na determinação política de consolidar o SUS no que é, inequivocamente, sua mais laboriosa e importante dimensão, ou seja, a prática profissional na APS.

REFERÊNCIAS

ARNEMANN, CT; GASTALDO, D; KRUSE, MHL. Pesquisa Apreciativa: características, utilização e possibilidades para a área da Saúde no Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 22, n. 24, p. 121-31, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n64/1807-5762-icse-1807-576220160763.pdf>. Acesso em: 05 set. 2019.

BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 05 de outubro de 1988. [documento internet] 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/legislacao/> Acesso em: 15 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 fev. 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0278_27_02_2014.html. Acesso em: 15 out. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 ago. 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 15 out. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 set. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 17 jan. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Oficina de Trabalho para Pactuação de Termos Sobre Preceptoria e Supervisão, no Âmbito da Educação dos Profissionais de Saúde. Org: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação pela Saúde – SGTES, Associação Brasileira de Educação Médica, Brasília, 2018.

_____. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Relatório Técnico de Grupo de Trabalho da CAPES, 2019. Disponível em: <http://www.capes.gov.br/relatorios-tecnicos-dav>. Acesso em: 13 jun. 2020.

EL-KHOURI, SG. Telemedicina: análise da sua evolução no Brasil. Dissertação (Mestrado em Medicina). São Paulo: Universidade de São Paulo, 2003.

FARIAS, QLT; et al. Implicações das tecnologias de informação e comunicação no processo de educação permanente em saúde. **Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**, v. 11, n. 4, out./dez. 2017. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/24033/2/13.pdf> Acesso em: 12 jun. 2020.

FERREIRA, FDC; DANTAS, FC; VALENTE, GSC. Saberes e competências do enfermeiro para preceptoria em unidade básica de saúde. **Rev Bras Enferm.**; v.71, n. 4, p.1564-71, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s4/pt_0034-7167-reben-71-s4-1564.pdf. Acesso em: 10 jun. 2020.

GONTIJO, ED; ALVIM, CG; LIMA, MECC. Manual de avaliação da aprendizagem do curso de graduação em Medicina. **Revista Docência do Ensino Superior**, Belo Horizonte, v. 5, n. 1, p. 205-326, abr. 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/rdes/article/view/1980/1322..> Acesso em: 19 jan. 2020.

LIBÂNEO, JC. **Democratização da escola pública: a pedagogia crítico-social dos conteúdos**. 5. ed. São Paulo: Loyola, 1987.

LIMA, MM; VENDRUSCOLO, C; PRADO, ML; REIBNITZ, KS. Estágio de docência na construção de saberes para ensinar: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 9, n. 1, p.220-7, jan., 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/10328/11021>. Acesso em: 14 jun. 2020.

LOPES, AM. et al. Congresso Internacional de Educação e Tecnologias: Encontro de Pesquisadores em Educação a Distância, v. 7, n. 1, p. 285-290, 2012, 2018.

MARTINS, DO; TIZIOTTO, SA; CAZARINI, EW. Ambientes Virtuais de Aprendizagem (AVAs) como ferramentas de apoio em Ambientes Complexos de Aprendizagem (ACAs). **Revista Brasileira de Educação a distância**, v. 15, 2016. Disponível em: <http://seer.abed.net.br/index.php/RBAAD/article/view/277/219>. Acesso em: 09 jun. 2020.

NATIONAL NURSING CENTERS CONSORTIUM (NNCC). (2014) Global Advanced Practice Nursing Symposium. United State of America. Disponível em: http://www.nncc.us/images_specific/pdf/GlobalAPNSymposiumFINAL.pdf. Acesso em: 09 jun. 2020.

RIBEIRO, KRB; PRADO, ML. A prática educativa dos preceptores nas residências em saúde: um estudo de reflexão. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 34, n. 4, p. 161-5, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n1/pt_1983-1447-rgenf-35-01-00161.pdf. Acesso em: 10 jan. 2019.

SANTA CATARINA. **Plano Estadual de Educação Permanente do estado de Santa Catarina 2019-2022**. Secretaria do Estado da Saúde, 2019.

SILVA, AN; SANTOS, AMG; CORTEZ, EA; CORDEIRO, BC. Limites e possibilidades do ensino à distância (EaD) na educação permanente em saúde: revisão integrativa. **Cienc. Saúde. Colet.**, v. 20, n. 4, p. 1099-107, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n4/1413-8123-csc-20-04-01099.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2020.

SOUZA, MIC. et al. Análise discente da contribuição do preceptor e do estágio na formação do aluno de graduação da FO UERJ. **ABENO**, v. 11, n. 2, p. 57-62, 2011. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/abeno/v11n2/a10v11n2.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2018.

TEIXEIRA, E. **Desenvolvimento de Tecnologias Cuidativo-educacionais**. 1a ed. Porto Alegre: Editora Moriá, 2020.

VENDRUSCOLO, C; ADAMY, EK; WEBER, ML. et al. Mestrado Profissional: promovendo a transformação da práxis em enfermagem. In: Ivânio Dickmann. (Org.). **DNA Educação: diálogo freireano**. 2a ed. São Paulo: Dialogar, p. 23-38, 2018.

VENDRUSCOLO, C; FERRAZ, F; TRINDADE, LL; KHALAF, DK; KLEBA, ME; PRADO, ML. Integração ensino-serviço em saúde: diálogos possíveis a partir da cogestão de coletivos. *Escola Anna Nery*, v. 22, n. 4, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ean/v22n4/pt_1414-8145-ean-22-04-e20180237.pdf. Acesso em: 13 jun. 2020.

VENDRUSCOLO, C; PRADO, ML; KLEBA, ME. Integração Ensino-Serviço no âmbito do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 21, n. 9, p. 2949-60, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2949pdf>. Acesso em: 08 jun. 2020.

VENDRUSCOLO, C. et al. Implicação do processo de formação e educação permanente para atuação interprofissional. *Rev Bras Enferm.* v. 73, n. 2: e20180359, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v73n2/pt_0034-7167-reben-73-02-e20180359pdf. Acesso em: 08 jun. 2020.

CAPÍTULO 3

A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO UM BOM LUGAR PARA TRABALHAR: UMA CAMPANHA PARA A PREVENÇÃO DA VIOÊNCIA NO TRABALHO EM SANTA CATARINA

KACIANE BOFF BAUERMANN

LETÍCIA DE LIMA TRINDADE

ROSANA AMORA ASCARI

MAIARA DAÍS SCHOENINGER

INTRODUÇÃO

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) é uma estratégia de reordenamento do Sistema Único de Saúde (SUS), orientada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), revisada em 2017, a qual estabelece diretrizes à organização do componente desse segmento assistencial na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2017).

Atuam na APS, no Brasil, as equipes de Atenção Básica (eAB), mas como estratégia prioritária de atenção à saúde, tem-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), que visa à reorganização da Atenção Básica no país de acordo com os preceitos do SUS, cuja atuação é definida como o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de

danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

Serviços de APS conduzidos pelas equipes de Saúde da Família (eSF) requerem que o desenvolvimento das atividades laborais seja realizado no próprio território dos usuários, com maior aproximação dos domicílios e espaços sociais da comunidade, o que pode ocasionar maior exposição do trabalhador à violência (STUBERLLE et al., 2019).

A Violência no trabalho é definida pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) como qualquer ação, incidente ou comportamento fundamentado em uma atitude voluntária do agressor, como consequência da qual um profissional é agredido, ameaçado, ou sofre algum dano ou lesão durante a realização ou como resultado direto do seu trabalho (OIT, 2002).

Consta em estudos que a violência é um problema significativo enfrentado pelos profissionais de saúde nos seus ambientes laborais, perpetrada na maioria das vezes por meio da violência psíquica e física, sendo a primeira mais evidenciada nas pesquisas (DAL PAI et al., 2018; DE-SAN-SEGUNDO et al., 2017; FUTE et al., 2017; JATIC et al., 2019, SILVA et al., 2015; YANG et al., 2019).

A violência psicológica é conceituada como toda ação ou omissão com o intuito de promover danos à autoestima, ao desenvolvimento e à identidade do indivíduo. Essas condutas abusivas podem ser evidenciadas por meio de ameaças, chantagens, discriminação, humilhação, exploração, isolamento, desvalorização, ridicularização, injúrias, desacatos, entre outros (BRASIL, 2001). Segundo a OMS (2002) esse tipo de agressão é subdividido em agressão verbal, assédio moral, assédio sexual e discriminação racial (OMS, 2002). Por se tratar de um fenômeno complexo, muitas vezes, a violência psicológica nos serviços de saúde é naturalizada, velada e raramente mensurada ou compreendida (DAL PAI, 2018).

Tendo em vista o quantitativo da força de trabalho advinda do setor saúde, faz-se necessário estudar o fenômeno da violência em diferentes contextos assistenciais, dentre eles a APS. Neste cenário, a violência no trabalho é uma realidade presente e possui interferência negativa no processo laboral e na saúde dos trabalhadores, havendo casos de subnotificação e ainda pouco investigada (PINAR et al., 2015; YANG et al., 2019).

De acordo com algumas investigações na APS em diferentes países, a violência perpetrada, normalmente, é motivada pela insatisfação ou desacordo com a assistência recebida, falta de atendimento médico, falta de organização do sistema de saúde, condições de trabalho inadequadas,

falhas na estrutura ou ambiente de trabalho, deficiência de recursos materiais e recursos humanos, falta de treinamentos em medidas de prevenção da violência no trabalho e situações de vulnerabilidade social, status socioeconômico da população, violência urbana e criminalidade na localidade onde se situa a unidade de saúde (AHMED, KHIZAR MEMON, MEMON, 2017; DAL PAI et al., 2018; JATIC et al., 2019; RINCON-DEL TORO et al., 2016; STUBERLLE et al., 2019; YANG et al., 2019).

Pesquisadores destacam que as consequências advindas da exposição à violência no trabalho são muitas, podendo refletir na saúde física, pessoal, profissional, psicológica e emocional (AHMED, KHIZAR MEMON, MEMON, 2017; FERRI, 2016). Além disso, a violência ocupacional no setor saúde pode ocasionar danos à saúde dos seus trabalhadores e interferir na qualidade de assistência prestada aos usuários (PEDRO et al., 2017).

Frente à magnitude da violência no trabalho e pela importância da Cultura de Paz, como recurso para prevenir o fenômeno e fomentar as boas relações no trabalho, questionou-se: como é possível enfrentar o problema da violência no trabalho das equipes de ESF que atuam nos municípios da Regional de Saúde de Maravilha em Santa Catarina (SC)? O que pode ser desenvolvido para o enfrentamento da violência e promoção da Cultura da Paz neste cenário?

Cabe salientar que o cenário escolhido decorreu da proximidade da autora, a qual atua nesse contexto e vem observando a importância de estratégias voltadas à saúde dos trabalhadores da APS nesse universo.

Diante desse contexto e refletindo o cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde, entende-se necessário desenvolver ações diferenciadas para o enfrentamento do fenômeno. Assim, emergiu a idealização de uma campanha publicitária, as quais, segundo Toaldo e Machado (2013), constituem um conjunto de peças publicitárias, inter-relacionadas, integradas entre si, que podem ser veiculadas em diferentes meios de comunicação com o objetivo de apresentar uma marca, um produto ou serviço, um ponto de venda, uma ideia ou uma promoção.

A campanha publicitária também pode ser reconhecida como uma tecnologia social, pois a metodologia aplicada é transformadora, desenvolvida na interação com a população-alvo do estudo, podendo ser apropriada por ela; podem ser utilizadas peças publicitárias, entre elas anúncios, comerciais de televisão, *outdoors*, spots de rádio, mensagens para a web, placas de rua; luminosos são peças publicitárias, desenvolvidas isoladamente, com finalidades específicas a serem veiculadas em determinado período (TOALDO, MACHADO, 2013).

Estabeleceu-se como objetivo desenvolver uma campanha com foco na prevenção da violência no trabalho, bem como à promoção da Cultura de Paz a partir da análise do fenômeno no contexto das equipes de Saúde da Família nos municípios que compõem a Regional de Saúde de Maravilha/SC.

A proposta integra os produtos de uma pesquisa intitulada “Violência no processo de trabalho da enfermagem na Atenção Primária à Saúde”, a qual busca, entre outros objetivos, incentivar o desenvolvimento de um modelo de relações que facilite a coexistência pacífica, fomente uma comunicação aberta e bilateral e promova a Cultura de Paz entre trabalhadores dos serviços de saúde dos municípios de Santa Catarina, contando com financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa de Santa Catarina. Cabe ainda mencionar que as atividades da pesquisa tiveram o apoio de pesquisadores do Grupo de Estudos sobre Saúde e Trabalho (GESTRA) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

MÉTODO

Para o desenvolvimento da campanha publicitária, seguiram-se três passos de desenvolvimento da estratégia de mensagem (KOTLER, SHALOWITZ, STEVENS, 2010, p. 421): Criação e avaliação da mensagem (qual apelo funciona melhor com o seu público-alvo?); Desenvolvimento criativo e execução (o que é dito e como é dito, onde será executada?); Revisão da responsabilidade Social (não pode haver *fake news*, conferência de conteúdo).

Na sequência, consideraram-se, para o desenvolvimento de uma comunicação eficaz, oito etapas, segundo referencial de Kotler, Shalowitz, Stevens (2010):

1º Identificar o Público-alvo: profissionais que compõem as eSF participantes do estudo e de outras regiões;

2º Determinar os objetivos: sensibilizar os profissionais, usuários e gestores quanto à magnitude do problema da violência no trabalho em saúde, sua prevenção, bem como para a promoção da Cultura de Paz, a partir de estratégias de enfrentamento melhores;

3º Planejar as comunicações: estabelecimento dos recursos de mídia, cronograma de atividades, formas de alcance, parcerias e custos da Campanha. O período de realização planejado foi de dezembro de 2019 a dezembro de 2020;

4º Selecionar os canais de comunicações: observar canais de ampla e rápida divulgação, de baixo custo e acessíveis aos pesquisadores e ao público-alvo;

5º Determinar o orçamento: detalhar custos com os materiais da campanha. Nesse momento, contou-se com o financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa

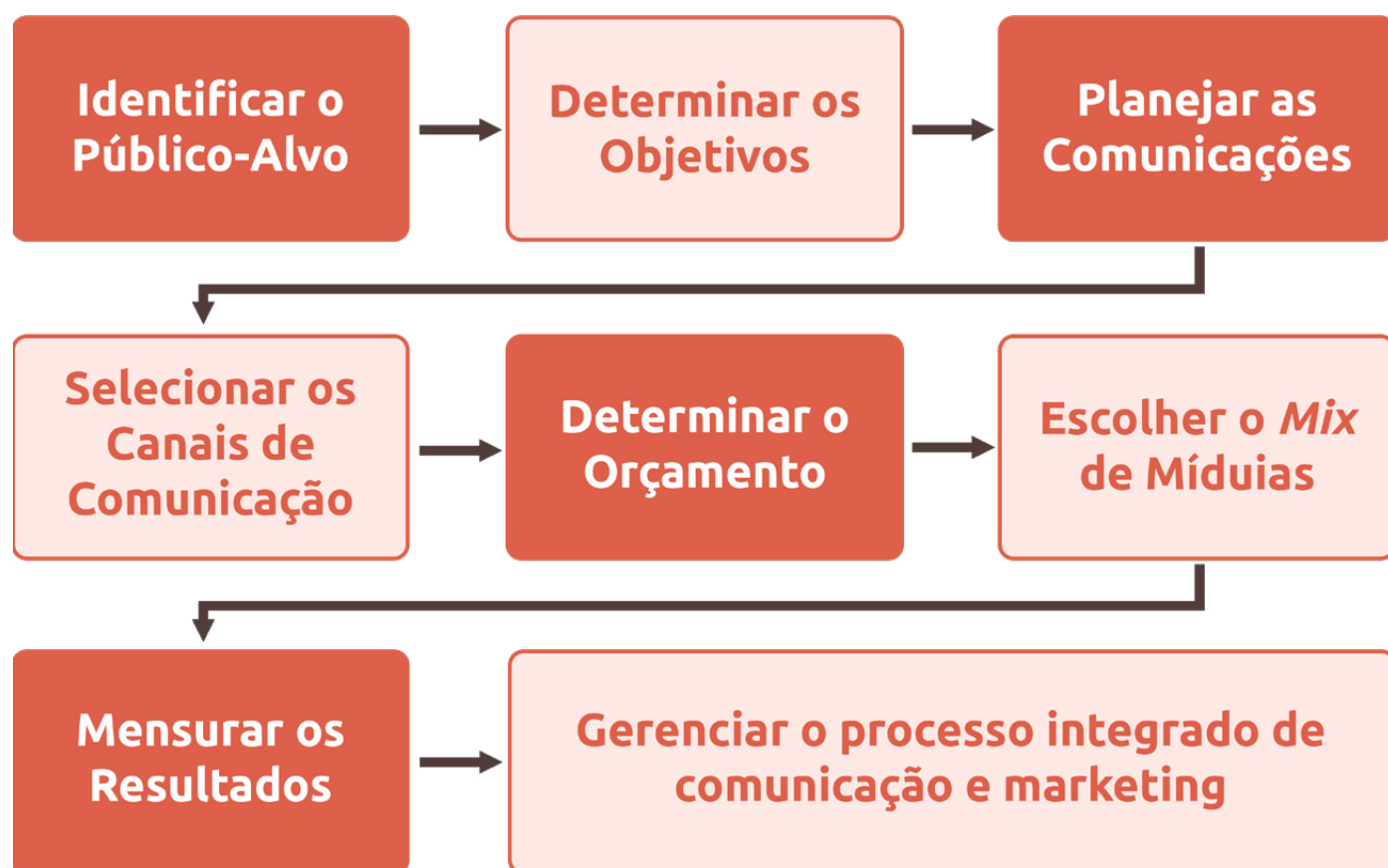
Catarina (FAPESC/Edital n.4 PAP FAPESC/UDESC/2018), que incluiu pagamento de despesas com gráficas, impressos e assessoria estatística, como também foram utilizados recursos próprios;

6º Escolher o mix de mídias: escolha de diferentes recursos de mídia e estabelecimento da parceria com a Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), que culminou do termo de cooperação “FronteiraCast Saúde” e parceira, anteriormente, estabelecida com o Telessaúde de SC;

7º e 8º Mensurar os resultados e gerenciar o processo integrado de comunicação e marketing: nessas etapas, tem-se mapeado estratégias de avaliação do alcance das diferentes estratégias da Campanha, com indicadores quantitativos e, especialmente, qualitativos, frente ao feedback das equipes.

A metodologia da Campanha Publicitária está ilustrada na figura a seguir (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma das etapas da metodologia da Campanha Publicitária. Chapecó, SC, Brasil 2020.



Fonte: Os Autores (2020), adaptado de Kotler, Shalowitz, Stevens (2010).

Cabe esclarecer que a campanha foi respaldada nos achados da pesquisa anterior, na qual foram respeitados os aspectos éticos recomendados internacionalmente, no que diz respeito à

pesquisa com seres humanos, e o disposto nas Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde foi aprovado em um Comitê de Ética em Pesquisa, via Plataforma Brasil, sob Parecer nº 3.414.195/2019. Foi solicitado o consentimento das instituições envolvidas, bem como a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por todos os envolvidos diretamente na pesquisa.

Os dados-base da campanha foram coletados junto a profissionais de 22 municípios da região extremo-oeste do estado, os quais compunham a Regional de Saúde de Maravilha/SC. Nesse contexto, em 2019, participaram da pesquisa as 49 eSF, nas quais atuavam 753 profissionais de saúde, sendo agregados ao estudo o Agente Comunitário de Saúde (ACS) (n=137), Enfermeiros (n=37), Técnicos de Enfermagem (n=36), Médicos (n=25); Dentistas (n=20), Auxiliar em Saúde Bucal (n=16), Técnico em Saúde Bucal (n=5) e Auxiliar de Enfermagem (n=4), definidos conforme cálculo amostral do estudo e totalizando a inclusão de 280 profissionais de saúde participantes. Para participar foi considerado critério de inclusão: ser profissional da equipe multiprofissional de saúde e estar atuando na eSF dos municípios participantes da pesquisa por, no mínimo, 12 meses. A coleta dos dados da pesquisa ocorreu no período de setembro e outubro de 2019.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para o desenvolvimento da campanha publicitária foi identificado o público-alvo que são os profissionais de saúde atuantes na APS e, de acordo com os resultados da pesquisa de campo, estendeu-se aos usuários e gestores de saúde.

Para atingir os objetivos propostos foram planejadas as comunicações a serem desenvolvidas. Nesse momento, realizou-se a idealização da mensagem que se desejava comunicar com a campanha, marcadamente estruturada pelos achados da pesquisa; escolheram-se os elementos centrais em torno dos conceitos da violência, perfil dos perpetradores, associação entre a ocorrência dos diferentes tipos de violência e as características sociolaborais dos profissionais, formas de prevenção e enfrentamento e meios que provoquem a reflexão e sensibilização dos profissionais, trabalhadores, gestores, usuários e comunidade acadêmica acerca da Cultura de Paz, considerando-se a responsabilidade social da mensagem.

Em síntese, as mídias selecionadas foram: webpalestras; *podcast*; *banner*; *flyer*; boletim informativo; vídeos para TV em salas de espera, vídeos para redes sociais direcionados a profissionais de saúde, usuários e gestores. O primeiro item planejado foi a logo da campanha, ilustrada na figura 2.

Figura 2 - Logomarca da Campanha “A APS como um bom lugar para trabalhar”, 2020.



Fonte: Os autores (2020).

Na sequência, selecionaram-se as comunicações, contando com a assessoria de profissional do marketing e os membros do GESTRA, envolvidos na Pesquisa. Assim foram produzidos os materiais que são apresentados a seguir, recorrendo-se a diferentes recursos de mídia:

Webpalestra na Plataforma Telessaúde de SC: Webpalestra - Violência no trabalho na APS, realizada no dia 18 de dezembro de 2020, em Florianópolis. Link de acesso: <https://www.youtube.com/watch?v=FqBvdA1jPlw&t=124s>

Parceria com a Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), que culminou do termo de cooperação “FronteiraCast Saúde”: Criação da Logomarca;

Figura 3 - Logomarca FronteiraCast Saúde, 2020.



Fonte: Os autores e UFFS (2020).

Podcast: A Violência Contra os Profissionais nos Serviços de Saúde – Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=oLeUTmN6FHA&feature=youtu.be>. Disponível link de acesso em março de 2020.

Podcast: Violência nos Serviços de Saúde em Dados – Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=8YHNzOewpu4>. Disponível link de acesso em março de 2020.

Podcast: Enfrentamento da Violência nos Serviços de Saúde – Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=clnJFRlkFw&feature=youtu.be>. Disponível para acesso em março de 2020.

Confecção de *Banners* e *flyers* para as salas de reuniões e sala de espera, respectivamente das Unidades Básicas de Saúde do cenário laboral dos participantes da pesquisa (Figuras 5 e 6). Para esses materiais, também, foi desenhado com recurso do Programa WordArt.

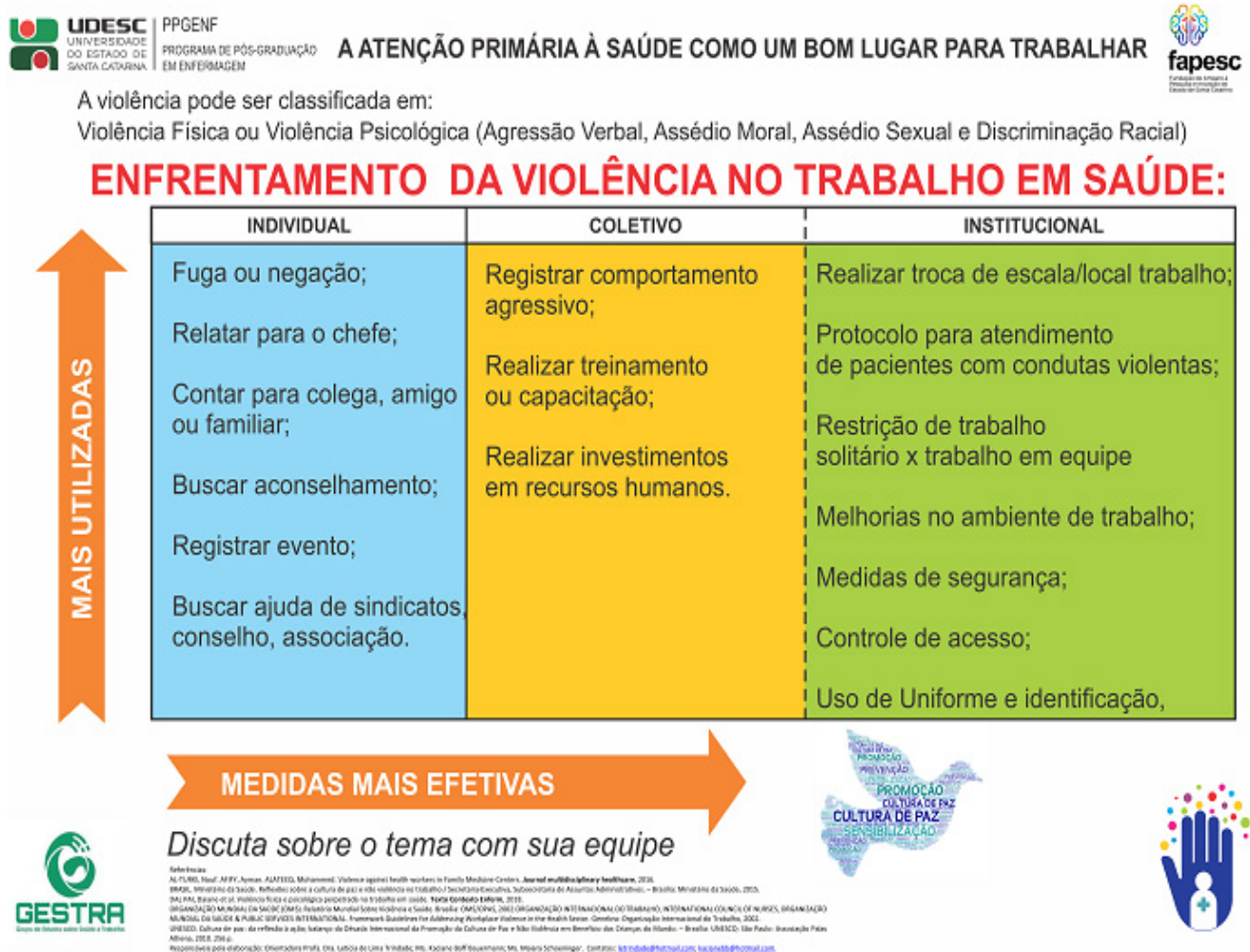
Vídeos direcionados aos usuários da ESF e para circulação via *Youtube* e *WhatsApp*, os quais são referenciados nas figuras 7 e 8 e estão disponíveis em:

Figura 4 – Imagem criada no WordArt, 2020.



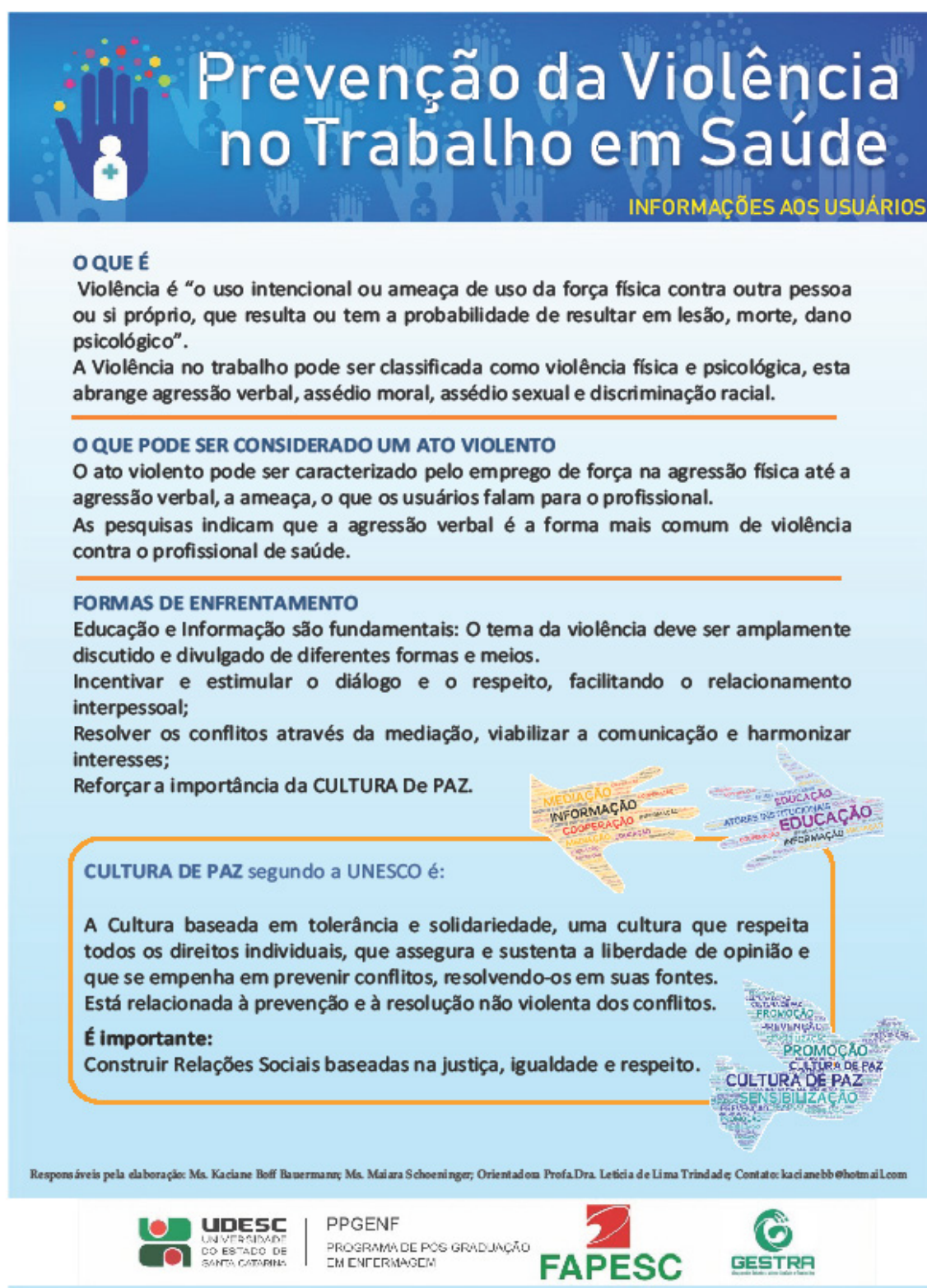
Fonte: Os Autores (2020).

Figura 5 - Banner para as salas de reuniões das eSF.



Fonte: Os Autores (2020).

Figura 6 - Flyer para as salas de reuniões e sala de espera respectivamente das Unidades Básicas de Saúde.



Prevenção da Violência no Trabalho em Saúde

INFORMAÇÕES AOS USUÁRIOS

O QUE É
 Violência é “o uso intencional ou ameaça de uso da força física contra outra pessoa ou si próprio, que resulta ou tem a probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico”.
 A Violência no trabalho pode ser classificada como violência física e psicológica, esta abrange agressão verbal, assédio moral, assédio sexual e discriminação racial.

O QUE PODE SER CONSIDERADO UM ATO VIOLENTO
 O ato violento pode ser caracterizado pelo emprego de força na agressão física até a agressão verbal, a ameaça, o que os usuários falam para o profissional.
 As pesquisas indicam que a agressão verbal é a forma mais comum de violência contra o profissional de saúde.


FORMAS DE ENFRENTAMENTO
 Educação e Informação são fundamentais: O tema da violência deve ser amplamente discutido e divulgado de diferentes formas e meios.
 Incentivar e estimular o diálogo e o respeito, facilitando o relacionamento interpessoal;
 Resolver os conflitos através da mediação, viabilizar a comunicação e harmonizar interesses;
 Reforçar a importância da CULTURA De PAZ.

CULTURA DE PAZ segundo a UNESCO é:

A Cultura baseada em tolerância e solidariedade, uma cultura que respeita todos os direitos individuais, que assegura e sustenta a liberdade de opinião e que se empenha em prevenir conflitos, resolvendo-os em suas fontes. Está relacionada à prevenção e à resolução não violenta dos conflitos.

É importante:
 Construir Relações Sociais baseadas na justiça, igualdade e respeito.

Responsáveis pela elaboração: Ms. Kaciene Boff Bausermann; Ms. Máira Schoening; Orientadora: Profa.Dra. Leticia de Lima Trindade e Contato: kacienebb@hotmail.com



Fonte: Os Autores (2020).

Foram confeccionados Boletins Informativos direcionados aos profissionais de saúde e gestores sobre o enfrentamento da violência no trabalho em saúde.

Figura 7 - Boletim Informativo sobre formas de enfrentamento da violência.



A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO UM BOM LUGAR PARA TRABALHAR

ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA NO TRABALHO EM SAÚDE

Existe violência no trabalho em saúde?

No contexto da ESF, os trabalhadores sofrem atos violentos, os quais são motivados por situações críticas, que favorecem a ocorrência do evento, quais sejam, pela infraestrutura local, pelo perfil dos usuários, pelas peculiaridades do processo de trabalho.

A maior taxa de violência está relacionada aos trabalhadores que ficam responsáveis pela primeira comunicação direta com pacientes e seus familiares, ou seja, os profissionais de enfermagem, os tornando mais vulneráveis.




Os danos provocados pela violência podem ser de difícil identificação, principalmente quando não se constituem em repercussões físicas.

As consequências advindas da exposição à violência no trabalho são muitas, podendo refletir na saúde física, pessoal, profissional, psicológica e emocional.

Além disso, a violência ocupacional no setor saúde pode ocasionar danos à saúde dos seus trabalhadores e interferir na qualidade de assistência prestada aos usuários.

CONCEITOS E CLASSIFICAÇÕES

...

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define violência como “uso intencional ou ameaça de uso da força física contra outra pessoa ou si próprio, que resulta, ou tem a probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico” (OMS, 2002).

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) reconhece a **violência no trabalho** como qualquer ação, incidente ou comportamento fundamentado em uma atitude voluntária do agressor, em decorrência da qual um profissional é agredido, ameaçado, ou sofre algum dano ou lesão durante a realização, ou como resultado direto, do seu trabalho (OIT et al., 2002).

Pode ser classificada em **Violência Física ou Violência Psicológica** (Agressão Verbal, Assédio Moral, Assédio Sexual e Discriminação Racial).

Responsáveis pela elaboração: Ms. Kaciane Boff Bauermann; Ms. Malara Schoeninger; Orientadora Profa.Dra. Letícia de Lima Trindade; Contato: kacianebb@hotmail.com.

Fonte: Os Autores (2020).

Os *banners*, *flyers* e boletins informativos foram enviados para todas as equipes de ESF dos 22 municípios que fizeram parte da pesquisa, totalizando 49 equipes. Ainda, foram produzidos:

Vídeos direcionados aos usuários da ESF e à circulação via *Youtube* e *WhatsApp*, os quais são referenciados nas figuras 7 e 8 e estão disponíveis em: <https://www.youtube.com/watch?v=clnJ-FRelkFw&feature=youtu.be>

• <https://www.youtube.com/watch?v=clnJFRelkFw&feature=youtu.be> respectivamente, desde maio de 2020.

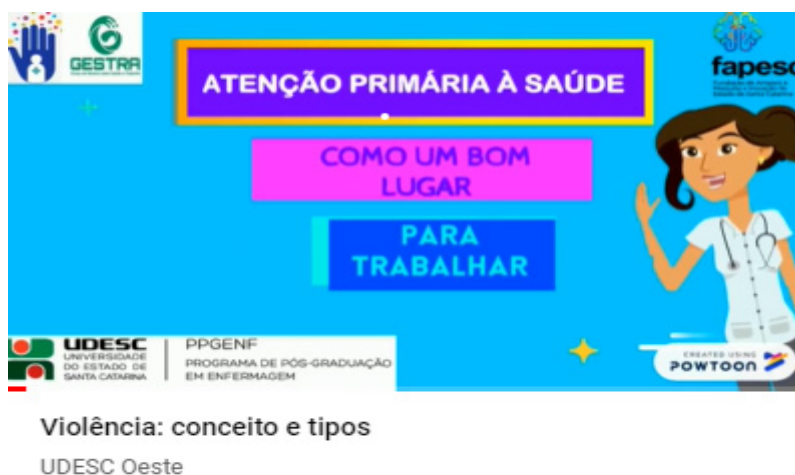
Figura 8 - Imagem do Vídeo “Enfrentamento da violência: Cultura da Paz”.



Fonte: Os Autores (2020).

Confira o Vídeo: <https://www.youtube.com/watch?v=1QnNsNKR6KA&feature=youtu.be>

Figura 9 - Imagem do Vídeo “Violência: conceito e tipos”.



Fonte: Os Autores (2020).

Confira o Vídeo: <https://www.youtube.com/watch?v=clnJFRelkFw&feature=youtu.be>

Em parceria com a Regional de Saúde e em contato com os respectivos gestores de cada município, os vídeos foram enviados para serem transmitidos nas salas de espera de cada ESF. Todo material, também, foi disponibilizado de modo *on-line*.

Ainda os materiais da Campanha ganharam um espaço na página oficial do Centro de Educação Superior do Oeste, criada durante a 81ª Semana Brasileira de Enfermagem e 16ª Semana de Enfermagem da Udesc, versão on-line no Link <https://www.udesc.br/ceo/contraviolencianasaude>.

Figura 10 - Imagem da Página virtual do MPEAPS da UDESC com os materiais da Campanha.



Fonte: Os Autores (2020).

Por intermédio da Regional de Saúde de Maravilha, os vídeos produzidos foram enviados aos profissionais dos municípios com o intuito de que sejam utilizados nas salas de espera das Unidades Básicas de Saúde. Todo o material foi divulgado e disponibilizado de modo eletrônico por meio da página de web e de redes sociais do Mestrado Profissional em Enfermagem em Atenção Primária à Saúde e Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina (COREN-SC). Assim, a Campanha alcançou profissionais de Enfermagem de todos os Estados de Santa Catarina, ampliando a visibilidade e a popularização do tema e do conhecimento emergido dele.

As comunicações e mídias foram planejadas de forma que atingissem, por meios físicos e eletrônicos, o maior número de pessoas, principalmente os profissionais de saúde participantes do estudo.

Consideraram-se como as mídias de interesses, as gratuitas e de rápido acesso, com divulgação pelo período médio de uma semana cada recurso e oferta por tempo indeterminado nos canais.

Para mensurar os resultados e gerenciar o processo integrado de comunicação e marketing, tem-se mapeado estratégias de avaliação do alcance das diferentes estratégias da Campanha, com indicadores quantitativos e, especialmente, qualitativos, frente ao feedback das equipes. Autores Kotler, Shalowitz, Stevens (2010) lembram que para a avaliação da eficácia da publicidade não se deve medir apenas o efeito da comunicação do anúncio e o seu possível efeito sobre a consciência, conhecimento e preferência do público-alvo, mas também a maneira como a propaganda o afeta.

Conforme o referencial adotado, considerou-se que há três métodos principais de pré-testes de publicidade: feedback do consumidor, teste de portfólio (realização de testes que avaliam o nível de lembranças e memórias das propagandas e testes de laboratório (avaliam reações fisiológicas dos participantes frente à apresentação de anúncios) (KOTLER, SHALOWITZ, STEVENS, 2010).

A Campanha iniciou em dezembro de 2019 e foi avaliado o impacto até maio de 2020, mas será conduzida até dezembro de 2020, sendo que todos os acessos serão avaliados continuamente após a data de sua publicação ou divulgação.

No momento, para essa Campanha foi utilizado o Feedback dos profissionais coordenadores das equipes, por meio de uma pesquisa rápida via aplicativo do WhatsApp. Foram questionados graus de lembrança e reconhecimento da campanha, do que se lembram, como se sentiram, qual a mensagem transmitida, além de medidas de mudança de comportamento. Como a Campanha se encontra em andamento, ainda não se tem a média do número de visualizações, compartilhamentos, novos seguidores dos dispositivos que estão compartilhando as mensagens.

A análise dos feedbacks dos profissionais quanto a qualidade dos materiais mostrou-se positiva e repleta de incentivos à continuidade e importância de iniciativas dessa natureza. Ainda, dar “voz aos trabalhadores” ao inserir nos materiais as formas de enfrentamento realizadas e sugeridas frente à violência no trabalho na APS, foi um ponto de destaque no retorno das apreciações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao desenvolver uma campanha publicitária com foco na prevenção da violência no trabalho, bem como à promoção da Cultura de Paz a partir da análise do fenômeno no contexto das eSF, observou-se primeiramente a magnitude do problema em vários cenários e países, conforme a literatura demonstrou e também nos municípios participantes, através dos achados do estudo

prévio, o qual se constituiu um importante fornecedor do diagnóstico situacional do fenômeno e adaptador cultural das mensagens que a Campanha precisava considerar.

Acredita-se que a Campanha publicitária se configurou em uma tecnologia social, uma vez que fomentou o maior debate e conscientização sobre a violência no trabalho, com diálogo sobre as implicações na saúde dos trabalhadores, como também sobre a importância da Cultura de Paz na ESF, com sensibilização direcionada aos profissionais, aos usuários e sociedade civil. Os múltiplos recursos de mídia contribuíram para interagir com o público-alvo e dar voz aos participantes por usar de achados sinalizados por eles, especialmente sobre as formas de enfrentamento. Contudo, cabe ponderar como limites da Campanha, tendo em vista os custos e a temporalidade da exposição das mídias, marcadamente influenciadas pelo surgimento da Pandemia da *Coronavirus Disease* (COVID-19) no primeiro semestre de 2020 no Brasil.

Considera-se que os materiais disponibilizados podem ser apropriados pelas equipes de diferentes realidades e contribuem para que as equipes de saúde possam utilizar como material de debate sobre o tema e sobre as implicações na saúde dos trabalhadores, podendo representar novas formas de informar e de se apropriar dos valores e conceitos baseados na Cultura de Paz.

REFERÊNCIAS

AHMED, F; KHIZAR MEMON, M; MEMON, S. Violence against doctors, a serious concern for healthcare organizations to ponder about. *Ann Med Surg. (Lond)*, v. 25, p. 3-5, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5725205/pdf/main.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 14 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf. Acesso em: 08 jun. 2020.

DAL PAI, D. et al. Violência física e psicológica perpetrada no trabalho em saúde. *Texto Contexto Enferm*, v. 24, n. 1, e2420016, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v27n1/0104-0707-tce-27-01-e2420016.pdf>. Acesso em: 22 out. 2018.

DE-SAN-SEGUNDO, M. et al. Estudio comparativo de las agresiones a sanitários entre Atención Primaria y Atención Especializada em una zona de Madrid (2009-2014). *Semergen*, v. 43, n. 2, p. 85-90, 2017. Disponível em: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-S1138359316001258>. Acesso em: 24 jan. 2020.

FERRI, P. et al. Workplace violence in different settings and among various health professionals in an Italian general hospital: a cross-sectional study. *Psychology Research and Behavior Management*, v. 9, p. 263-275, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5042196/pdf/prbm-9-263.pdf>. Acesso em: 29 out. 2018.

FUTE, M. et al. High prevalence of workplace violence among nurses working at public health facilities in Southern Ethiopia. BMC Nurs [Internet], v. 14, p.1-5, 2015. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4357058/pdf/12912_2015_Article_62.pdf. Acesso em: 18 jan. 2020.

JATIC, Z. et al. Frequency and Forms of Workplace Violence in Primary Health Care. Medical archives, v. 73, n.1, p. 6-10, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6445619/pdf/medarch-73-6.pdf>. Acesso em: 04 Jan 2020.

KOTLER, P; SHALOWITZ, J; STEVENS, RJ. Marketing estratégico para a área da saúde. Grupo A - Bookman, Porto Alegre – RS, 2010. 576p.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION, INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, WORLD HEALTH ORGANIZATION AND PUBLIC SERVICES INTERNATIONAL. Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector. Geneva: International Labour Office, 2002.p.35. Disponível em: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WVguidelinesEN.pdf?ua=1&ua=1. Acesso em: 09 jun. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization, 2002. Disponível em: <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2020.

PEDRO, DRC. et al. Violência ocupacional na equipe de enfermagem: análise à luz do conhecimento produzido. Saúde em Debate [online]. 2017, v. 41, n. 113, p. 618-629 Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n113/0103-1104-sdeb-41-113-0618.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2020.

PINAR, T. et al. Workplace violence in the health sector in Turkey: a national study. J Interpers Violence, v. 32, n. 15, p. 2345-2365, 2015 Jun 28. pii: 0886260515591976. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26124224/>. Acesso em: 04 out 2020.

RINCON-DEL TORO, T. et al. Agresiones sufridas por las personas que trabajan en atención primaria de la Comunidad de Madrid, 2011-2012. Rev. Esp. Salud Pública, v. 90, e1-e12, 2016. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v90/1135-5727-resp-90-e40020.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2020.

SILVA, ATC. et al. Violence at work and depressive symptoms in primary health care teams: a cross-sectional study in Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, v. 50, p. 1347-1355, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25777684/>. Acesso em: 18 Mar 2020.

STURBELLE, ICS. et al. Workplace violence in Family Health Units: a study of mixed methods. *Acta paul. Enferm*, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ape/v32n6/en_1982-0194-ape-32-06-0632.pdf. Acesso em: 14 jan. 2020.

TOALDO, MM; MACHADO, MBC. A longevidade de uma campanha publicitária: uma sistematização teórica sobre o tema a partir do seu estado da arte. *Revista Ação Midiática: Estudos em Comunicação, Sociedade e Cultura*, n. 6, p. 1-15, 2013. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/acaomidiatica/article/view/34744/21923>. Acesso em: 22 jan. 2019.

YANG, SZ. et al. Workplace violence and its aftermath in China's health sector: implications from a cross-sectional survey across three tiers of the health system. *BMJ Open*, v. 9, e031503, 2019. Disponível em <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/9/9/e031513.full.pdf>. Acesso em: 14 Jan. 2020.

CAPÍTULO 4

GLICADO: APLICATIVO MÓVEL PARA AUTOCUIDADO DE ADOLESCENTES COM DIABETES *MELLITUS*

INTRODUÇÃO

O Diabetes *Mellitus* tipo I (DM tipo I) é uma das doenças crônicas que mais acomete adolescentes, causando implicações clínicas, psicológicas e sociais que tornam suas vivências, frente à cronicidade, envolta por enfrentamentos e dificuldades, exigindo aceitação, responsabilidades e cuidados constantes na rotina diária (SERAFIM et al., 2019).

A assistência prestada aos adolescentes está disponível nos diferentes graus de atenção à saúde. Entretanto, a procura pelos serviços de saúde ainda é aquém do esperado, dificultando a criação de vínculo entre profissionais de saúde e o adolescente, prejudicando a efetivação de ações de promoção à saúde que favoreçam a construção da autonomia e autocuidado (ARAUJO et al, 2016).

MAIRA SCARATTI

ELISANGELA ARGENTA ZANATTA

CARLA ARGENTA

Considerando essa situação e entendendo a importância do acompanhamento dos adolescentes, especialmente o que convive com uma doença crônica, acredita-se que para alcançar esse público é importante que os enfermeiros criem estratégias interativas, que promovam informações de saúde e estimulem o cuidado diário (CARRION, 2016). Para isso, a abordagem deve ser significativa e incluir conteúdos que englobem conhecimentos prévios dos adolescentes, integrando características lúdicas a conteúdos específicos sobre o DM tipo I, incentivando os cuidados diários, reflexões e comportamentos saudáveis e autonomia (OLIVEIRA, ROMANO, ARAÚJO, 2018).

Desta forma, considerando a expansão das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) com acesso fácil e rápido à internet, redes sociais, jogos eletrônicos, programas, sendo os adolescentes os usuários que mais utilizam aplicativos (*app*) para dispositivos móveis em seus *smartphones*, é emergente usar este recurso como forma de favorecer o gerenciamento da doença crônica (CHAVES et al., 2017).

Nessa perspectiva, foi elaborado o *app* para dispositivos móveis denominado “Glicado”, no intuito de auxiliar adolescentes que convivem com o Diabetes *Mellitus* no seu autocuidado e auto-gerenciamento da doença. Objetiva-se, neste capítulo, descrever as etapas de construção do *app*.

MÉTODO

Foi realizada uma pesquisa metodológica em que se objetiva o desenvolvimento, avaliação e aperfeiçoamento de um instrumento ou de uma estratégia que possa aprimorar uma metodologia, de modo a torná-la confiável. Neste tipo de estudo há o propósito de elaborar, validar e avaliar tecnologias e técnicas de pesquisa, tendo como meta o desenvolvimento de tecnologia confiável que possa ser utilizada por outros pesquisadores (POLIT, BECK, 2011).

Seguiram-se, na pesquisa, as orientações propostas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta pesquisas, envolvendo seres humanos. Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UDESC, parecer nº 3.562.709 de 09/09/2019.

O desenvolvimento do aplicativo foi baseado no Processo de Desenvolvimento de Produtos (PDP) que se referem às atividades, tarefas e estágios envolvidos no desenvolvimento de um novo produto, desde a ideia inicial até o término do produto (SALGADO et al., 2010).

Rozenfeld et al. (2006) apresentam o PDP em três etapas (1) Pré-Desenvolvimento: Planejamento estratégico dos produtos; (2) Desenvolvimento: Projeto informacional, Projeto conceitual, Projeto detalhado, Preparação da produção, Lançamento do produto. (3) Pós-Desenvolvimento: Acompanhar produto e processo, Descontinuar produto. As fases 1 e 2 serão descritas aqui:

RESULTADOS

FASE I: Pré-desenvolvimento

Análise:

Inicialmente, foi realizada a análise e discussão dos dados da pesquisa “Diabetes *Mellitus* tipo I: ótica de pais e adolescentes”, coordenada pelas professoras Elisangela Argenta Zanatta e Carla Argenta. Nesse capítulo será apresentado somente o resultado da pesquisa com os adolescentes. Objetivou-se entender como é para adolescentes viver com DM tipo I e descrever o perfil socio-demográfico deles. Foi realizada uma pesquisa exploratória, descritiva, quantiquantitativa com 61 adolescentes que convivem com DM tipo I, seguidores da página Diabética tipo Ruim do *Facebook*, via formulário do *Google Forms*. Pela pesquisa foi-nos permitido identificar as dificuldades dos adolescentes no enfrentamento do DM tipo I, evidenciando a necessidade da criação de estratégias para auxiliar o adolescente no autocuidado e autogerenciamento da doença.

Na sequência foi realizada uma Revisão Integrativa (RI) com o objetivo de identificar os recursos disponíveis em aplicativos móveis que favoreçam o autocuidado e o autogerenciamento do DM tipo I. A pesquisa foi realizada nas bases de dados: BVS, PubMed e Scopus, com os descritores *Diabetes Mellitus* e Aplicativos móveis e o operador booleano “AND”, nos idiomas português, espanhol e inglês. Foram analisados 16 artigos e neles identificados os recursos disponíveis em *apps* para o autocuidado e o autogerenciamento do usuário portador de DM tipo I, sendo: glicosímetro, diário digital de diabetes, ações corretivas de glicose, controle alimentar e comunicação entre usuário e profissional de saúde e usuário com seus pares.

Design:

A elaboração do conteúdo e interface do protótipo do *app* foram projetados a partir da análise da pesquisa quantiquantitativa com os adolescentes, os resultados da RI e orientada de acordo com as especificações do guia de design fornecido pelo Google, no site: <https://developer.android.com/design>.

Definição do nome do *app*:

A inspiração do nome e marca do *app* espera que a percepção seja capaz de dar destaque à personalidade do *app*. Assim foram definidas duas palavras significativas que representam o público-alvo (adolescentes) e o tema *Diabetes Mellitus* que unidas formam:

GLIC (glicemia) + ADO (adolescente) = GLICADO

Definição da identidade visual do aplicativo:

O profissional designer, contratado para essa etapa e em conjunto com a mestrande, após estudos definiram as referências visuais que fizessem sentido com a experiência do usuário do *app*. Usaram-se métodos e processos de design para planejamento e desenvolvimento do projeto com definição de *layout* e identidade visual, bem como as ilustrações de apoio e a linguagem do *app* Glicado.

As cores e a tipografia de apoio possibilitaram uma versatilidade e flexibilidade nas aplicações da nova marca. O logotipo também serviu para o ícone do *app* e incorporou a temática da proposta. As ilustrações de apoio auxiliaram na aproximação do público-alvo com o *app*. O *layout* e a organização dos elementos, ícones e botões partiram do princípio de legibilidade e operam no fácil entendimento voltado à funcionalidade, tendo coesão visual e estrutural com o restante do projeto.

Produtos elaborados para o *app* Glicado:

Identidade visual: É o conjunto de elementos visuais (logotipo, ícone, tipografia), utilizados de forma sistematizada para representar e identificar o produto (KIMURA, 2020).

Tipografia do logotipo: É um dos pilares da identidade visual, portanto precisa carregar a personalidade dessa marca e mostrar o que ela tem a dizer (KIMURA, 2020).

Figura 1 - Tipografia do logotipo e textos do *app*



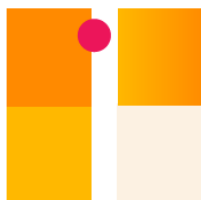
Logotipo: É a parte central da identidade visual composto pelo símbolo e pela tipografia; torna-se a representação gráfica da marca ou produto e nome fantasia, utilizando o símbolo e a tipografia (letras) (KIMURA, 2020).

Figura 2 - Logotipo do *app* e ícone do *app*



Paleta de cores: A escolha das cores deve estar alinhada aos objetivos da marca, bem como à sua personalidade. Foram escolhidas cores baseadas nas sensações que desejamos transmitir e de acordo com a personalidade da marca (KIMURA, 2020).

Figura 3 - Paleta de cores do app



Ícones: São imagens pequenas que representam arquivos, pastas, programas e outros itens (UNIFAP, p. 21).

Figura 4 - Ícones do app



Avatares: Ícone gráfico ou representação escolhido por um usuário para representá-lo em ambientes virtuais. Os avatares foram criados na plataforma *Dollify* disponível em: https://play.google.com/store/apps/details?id=com.davexp.dollify&hl=pt_BR

Figura 5 - Avatares do app



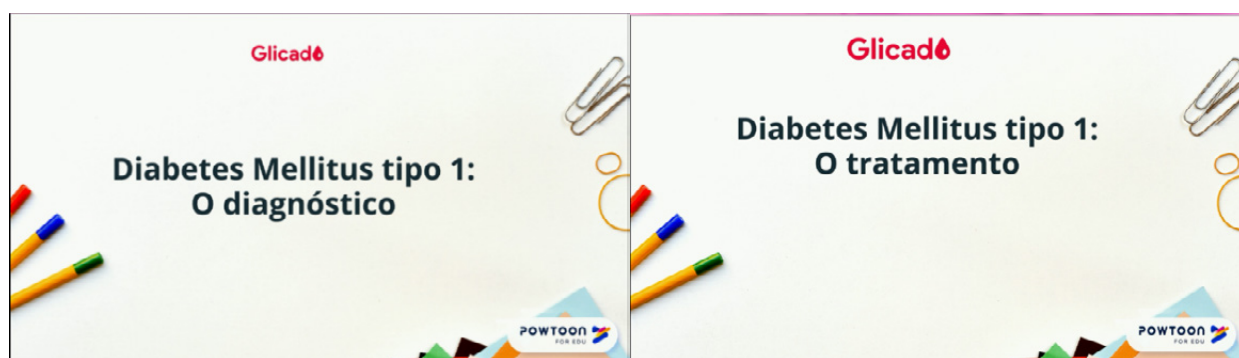
Fonte: Os Autores (2020).

Vídeos: Os vídeos foram criados na plataforma *Powtoon*, disponível no link: <https://www.powtoon.com/my-powtoons/>. Estão disponíveis na aba “orientações de saúde” do *app* *Glicado* e também no *YouTube*^{BR} na página do UDESC Oeste.

Vídeo 1: disponível no link: <https://www.youtube.com/watch?v=BANTH1pu6JY&list=PLIUprR-fmzPsnN0qAAZKTU9BOJWTSpzSL6&index=1>.

Vídeo 2: disponível no link: <https://www.youtube.com/watch?v=78nUxm8B36Y&list=PLIUprR-fmzPsnN0qAAZKTU9BOJWTSpzSL6&index=2>

Figura 6 - Tela inicial dos vídeos 1 e 2



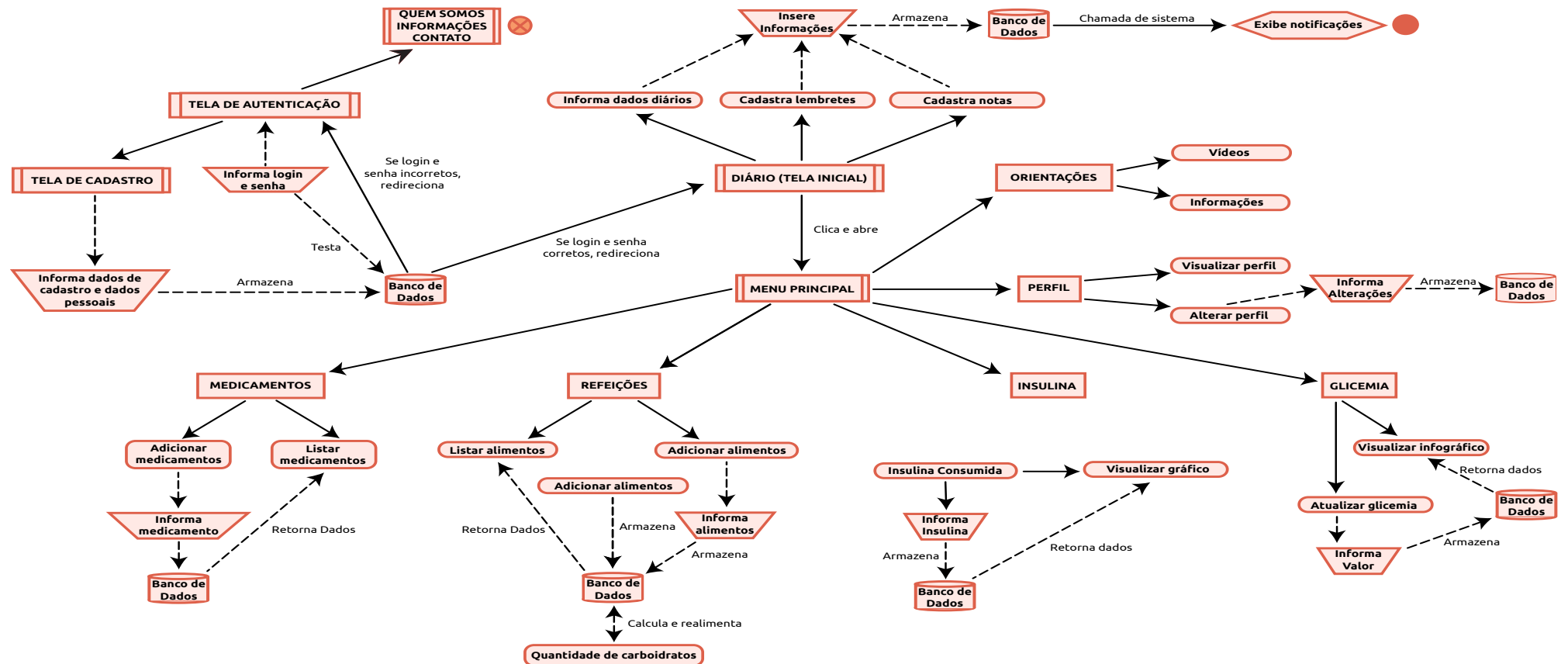
Fonte: Os Autores (2020).

As imagens utilizadas nos vídeos foram retiradas da internet e são consideradas de domínio público, porém se alguém for proprietário de alguma destas imagens e se sentir lesado, poderá entrar em contato pelo e-mail: suporteglicado@gmail.com.

Fluxo de navegação e a organização do *app*:

Manzano e Oliveira (2000) destacam o fluxograma como uma ferramenta que visa descrever o fluxo da ação da lógica de um trabalho, seja manual ou mecânico. Assim, com a finalidade de ilustrar o fluxo de navegação e a organização do aplicativo “Glicado” foi desenvolvido o Fluxograma 1.

Fluxograma 1 - fluxo de navegação e a organização do aplicativo “Glicado”.



Fonte: Os Autores (2020).

FASE II - DESENVOLVIMENTO

Produção do protótipo do *app*

Para o desenvolvimento do aplicativo, decidiu-se utilizar a plataforma *Android* em virtude da popularidade já apresentada e pela vantagem de ser livre e de código aberto, possibilitando utilizar, gratuitamente, o sistema operacional.

Android é um sistema operacional inicialmente desenvolvido pela *Google* e, atualmente, é mantido pela *Open Handset Alliance*, um grupo de empresas cujo objetivo é a criação de padrões abertos para sistemas de dispositivos móveis. O *Android* opera, principalmente, em dispositivos móveis como *smartphones* e *tablets*, podendo também ser utilizado em outros dispositivos, tais como notebooks (GOOGLE, 2016).

Para criar o projeto *React Native* (linguagem de programação utilizada para desenvolver o aplicativo), foi necessário instalar o *Node Package Manager* (NPM), gerenciador de pacotes para a linguagem de programação *JavaScript* (JS) e permitir o comando “*npm install*”. Este é um repositório online para a publicação de projetos de código aberto. Na sequência foi executado o comando “*create-react-native-app nomeDoApp*” que criou a estrutura do projeto e para executar os próximos comandos de instalação o “*npm install -g react-native-cli*”. Após, utilizou-se o “*npm run eject*” que gerou, automaticamente, a pasta “*android*” e fez a compilação para o sistema.

Por fim, foi gerado o arquivo *Android Package* (APK), arquivo de pacote destinado ao sistema operacional *Android* por meio do comando “*react-native run-android --variant=release*” e, após salvá-lo no diretório, foi possível compartilhar o arquivo para baixar nos dispositivos móveis e fazer os testes a partir do comando “*react-native run-android --variant=debug*”, que direciona o usuário a habilitar o modo desenvolvedor e rode o APK.

O banco local do *app* foi criado em uma biblioteca personalizada chamada *Realm* biblioteca *Object-Relational Mapping* ou Mapeamento Objeto Relacional (ORM) para *Android*, que serve como uma alternativa ao *Structured Query Language* ou Linguagem de Consulta Estruturada (SQL) padrão (REALM, 2016). A biblioteca utilizada conta com um banco que garante rapidez e facilidade de uso na manipulação dos registros e realização das consultas.

A comunicação entre a aplicação mobile e servidor funciona mediante requisição *Hypertext Transfer Protocol* (HTTP), biblioteca do *React Native* e *Application Program Interface* (API), desenvolvida de acordo com cada funcionalidade do *app*, o qual terá algumas funcionalidades online; sendo assim, será necessário ter internet no *smartphone*.

As imagens presentes no *app* foram baixadas em *Portable Network Graphics* (PNG) para o uso e armazenadas em uma pasta. Para cada funcionalidade desenvolvida no *app* foi criado um arquivo JS com uma estrutura de classe diferente, contando com a sua função.

Para publicar o aplicativo na loja *Google Play Store* será necessária uma conta, adquirida por cota única no valor de 25 USD (dólares). Em seguida, será realizado o cadastro do *app* com informações de descrição, imagens, nome de busca do *app*, dentre outras e o *upload* da versão release do arquivo APK. E, na sequência, é feita a publicação do *app* na loja e num tempo estimado de cinco horas estará disponível para *download*.

O aplicativo foi desenvolvido em um *notebook* pessoal, com as configurações de *hardware* e *software* apresentadas na Tabela 1:

Tabela 1 - configurações de *hardware* e *software* utilizadas no *app* Glicado

Ambiente de desenvolvimento	Processador: Intel core i3
	Tipo de sistema operacional: 64 bits
	Memória ram: 4gb
	Sistema operacional: Ubuntu 18.04 lts
Preparação do ambiente	JDK(8)
	React native 60.0
	IDE: Sublime texto
	Repositório: gitlab
Preparação do servidor Processador:	Intel core i3
	Tipo de sistema operacional: 64 bits
	Memória ram: 8gb
	Memória SSD: 60GB
	Sistema operacional: Ubuntu 18.04 lts
Requisitos básicos do aplicativo	Banco de dados utilizado para versão 1 - realm
	Banco de dados utilizado para versão 2 - postgresq

Por se tratar de um protótipo, mudanças em relação ao design, cores e funcionamento podem ocorrer, tanto na fase de desenvolvimento, quanto no pós-desenvolvimento para adaptação das necessidades que surgirem. Inicialmente, foram definidos os seguintes requisitos para a interface do protótipo:

Sistema operacional *Android*;

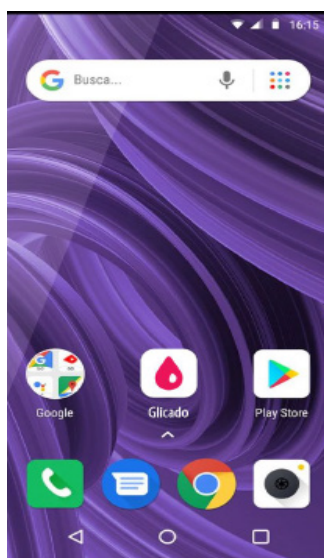
Princípios de usabilidade;

Gratuito;

Funcionamento on-line;

O *app* desenvolvido nessa pesquisa foi projetado com o objetivo de ter uma interface simples, usual e agradável, observando todos os princípios de usabilidade disponíveis para *smartphone Android* na plataforma *Play Store*. Na Figura 7, apresenta-se o ícone do *app* na tela de um *smartphone* após ter sido baixado na versão APK.

Figura 7 - Ícone do *app* Glicado na tela de um *smartphone*



Fonte: Os Autores (2020).

Ao clicar no ícone do aplicativo Glicado são apresentadas as opções: cadastrar usuário ou *login*. Para cadastro, o usuário deverá preencher seus dados e concordar com a política de privacidade e termos de uso, bem como processamento de dados. O formulário é realizado em etapas curtas e rápidas. Para acessar o *app* é necessário realizar o *login* no aplicativo, informando *e-mail* e senha cadastrados, podendo recuperar a senha em caso de esquecimento da mesma (Figura 8).

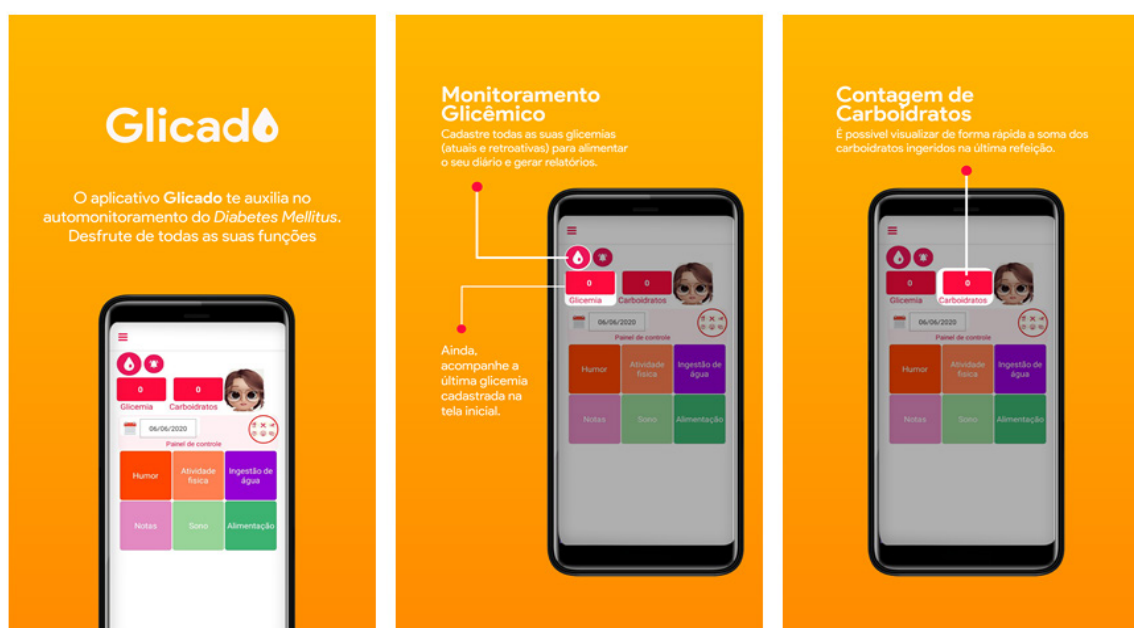
Figura 8 – Protótipo da interface do aplicativo: tela de *login* e tela de cadastro

The figure displays three mobile application screens. The first screen is the main splash screen with an orange background, featuring the 'Glicad' logo in pink and two buttons: 'Login' and 'Cadastrar usuário', both in pink with right-pointing chevrons. The second screen is the 'Login' page, also with an orange background, showing a back arrow, the 'Glicad' logo, and input fields for 'E-mail' and 'Senha'. It includes 'Entrar' and 'Esqueci minha senha' buttons with chevrons. The third screen is the 'Cadastro de Usuário' page, featuring a back arrow, the title 'Cadastro de Usuário', and input fields for 'insérer nome', 'sobrenome', 'Data de nascimento' (with a date picker set to 13/03/1997), 'e-mail', 'senha', and 'confirmação de senha'. It also has two checkboxes for terms and conditions, and a 'Cadastrar usuário' button with a chevron.

Fonte: Os Autores (2020).

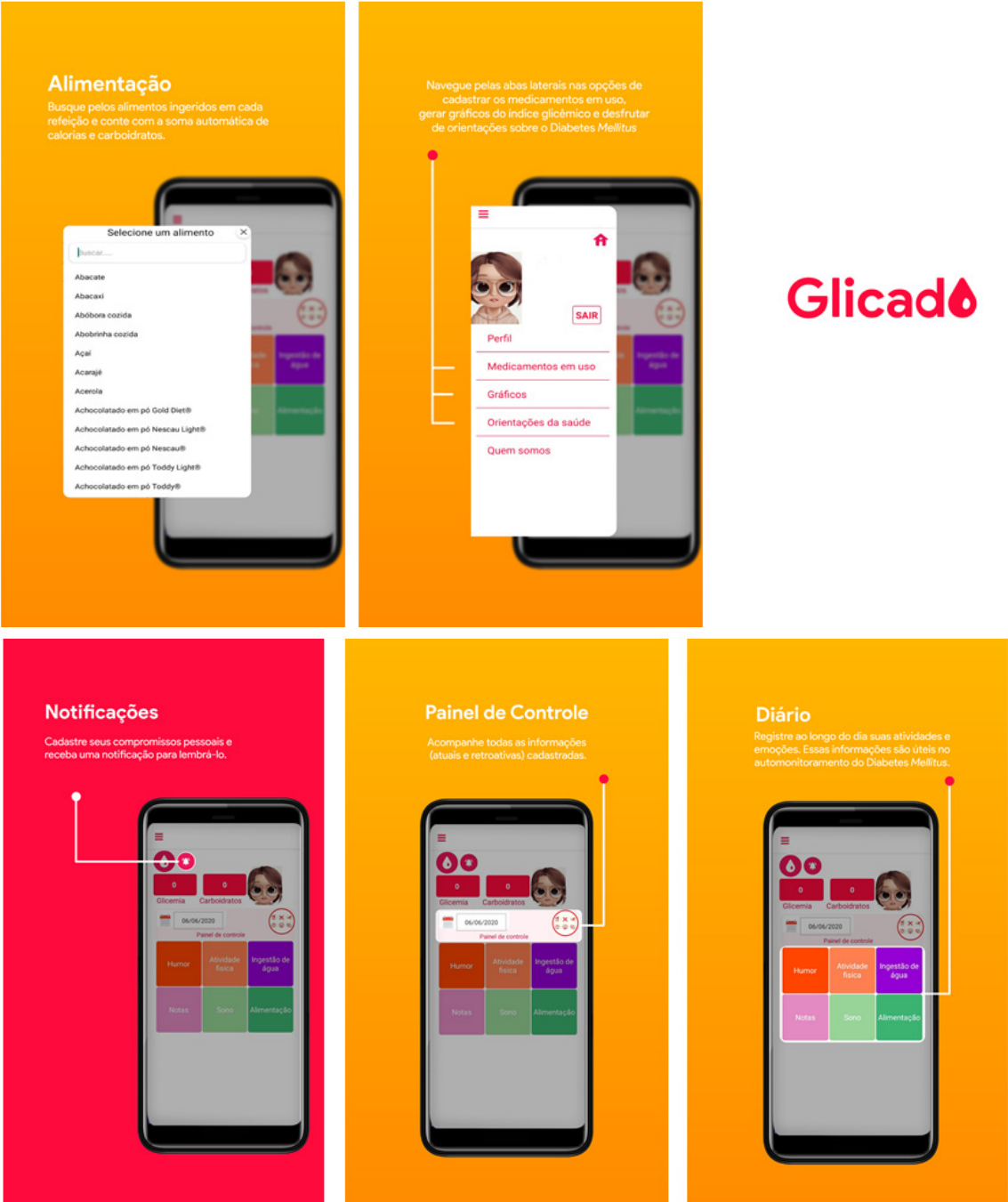
No primeiro acesso ao fazer *login*, é apresentado ao usuário as funções do aplicativo em forma de carrossel, no qual o conteúdo é exibido em imagens com rolagem horizontal (Figura 9). Na sequência, o usuário poderá escolher o avatar (Figura 10) que o representará no app. Essa etapa aparecerá apenas uma vez, no primeiro acesso.

Figura 9 – Protótipo da interface do aplicativo: carrossel com apresentação do app



Fonte: Os Autores (2020).

Continuação Figura 9 – Protótipo da interface do aplicativo: carrossel com apresentação do app



Fonte: Os Autores (2020).

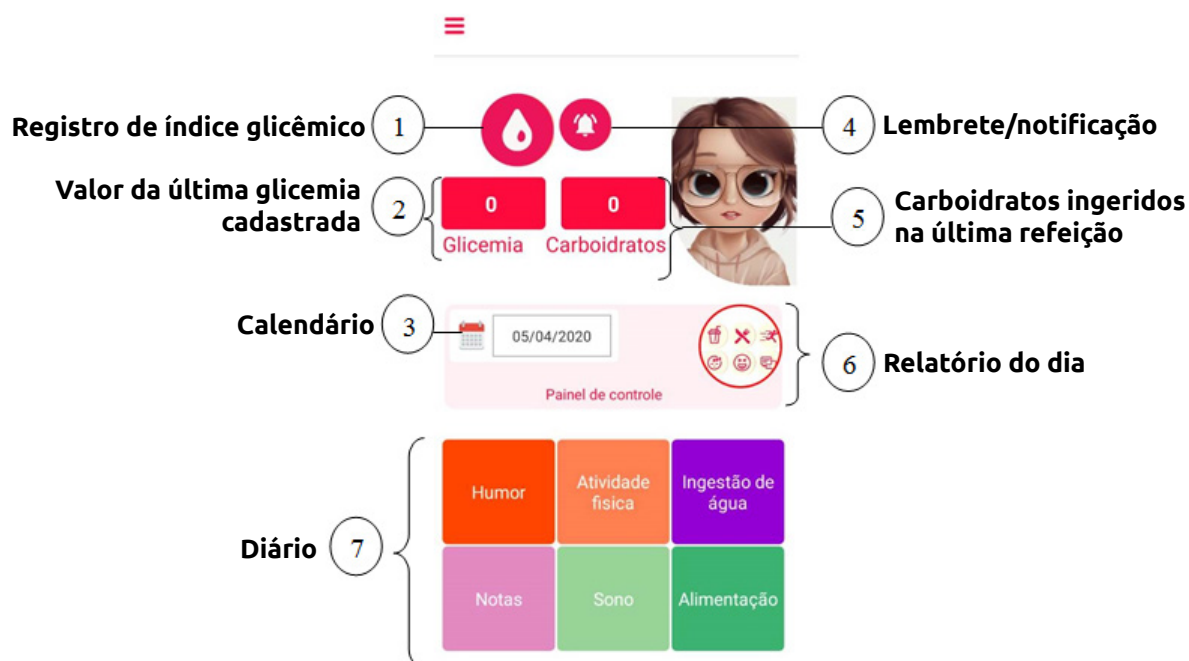
Figura 10 – Protótipo da interface do aplicativo: escolha do avatar



Fonte: Os Autores (2020).

Ao escolher o avatar de sua preferência, o usuário é direcionado à tela principal do *app*, conforme apresentado na próxima figura. A tela principal conta com as funções explicadas na sequência:

Figura 11 – Protótipo da interface do aplicativo: tela principal



Fonte: Os Autores (2020).

1- Registro de índice glicêmico: Permite ao usuário registrar a glicemia quantas vezes desejar ao longo do dia. Ao selecionar o valor da glicemia, o usuário deverá indicar a condição em que ela foi verificada (jejum, após comer, antes de deitar e durante madrugada) e confirmar que o valor inserido está correto (Figura 12).

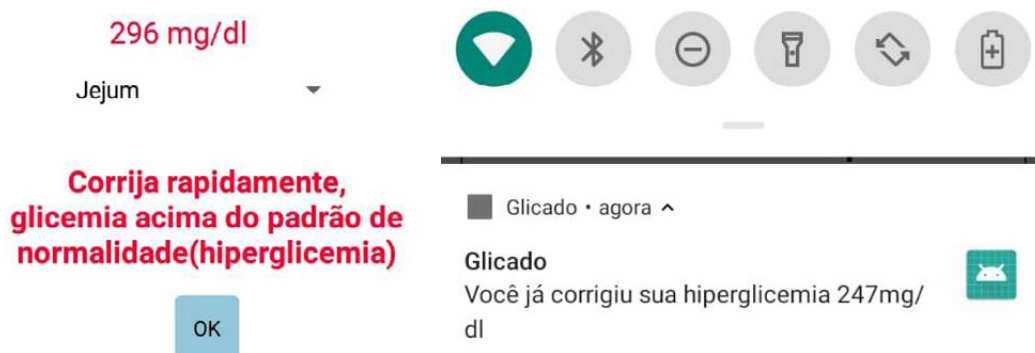
Figura 12 – Protótipo da interface do aplicativo: registro de índice glicêmico



Fonte: Os Autores (2020).

Em caso de hiperglicemia ou hipoglicemia, o usuário imediatamente recebe o alerta e após 15 minutos uma notificação a fim de lembrá-lo de corrigir a glicemia (Figura 13).

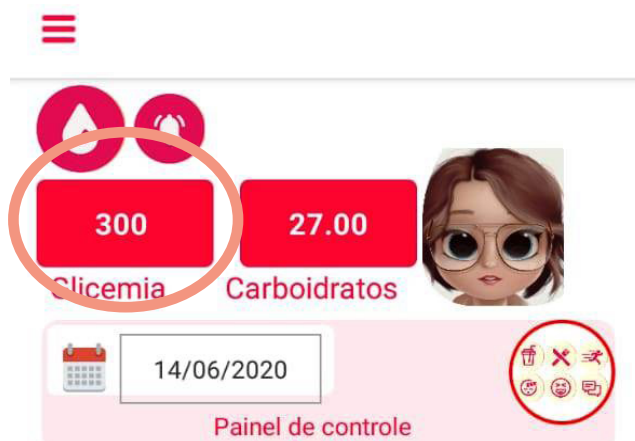
Figura 13 – Protótipo da interface do aplicativo: mensagem imediata ao cadastrar glicemia fora do padrão de normalidade (exemplo hiperglicemia) e notificação para lembrar o usuário de corrigir a glicemia



Fonte: Os Autores (2020).

2- Valor da última glicemia cadastrada: Permite ao usuário a visualização rápida da última glicemia cadastrada no dia. Para usuários insulínod dependentes, ainda, facilita o cálculo para correção de insulina:

Figura 14 – Protótipo da interface do aplicativo: valor da última glicemia cadastrada no dia



Fonte: Os Autores (2020).

3- Calendário: Acesso ao calendário para registro das informações diárias e retroativas:

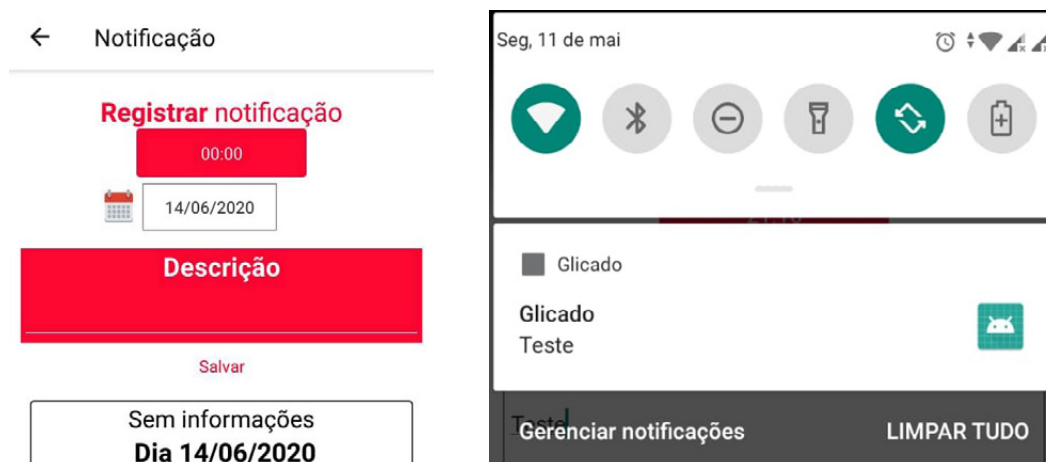
Figura 15 – Protótipo da interface do aplicativo: acesso ao calendário



Fonte: Os Autores (2020).

4- Lembrete, notificação: serviço básico integrado, a agenda permite ao usuário inserir e configurar lembretes e alarmes, organizar tarefas e acompanhar a sua agenda. Na data e horário cadastrados na notificação, o usuário receberá um alerta na tela do celular (Figura 16):

Figura 16 – Protótipo da interface do aplicativo: registro da notificação e tela do celular ao receber a notificação cadastrada



Fonte: Os Autores (2020).

5- Carboidratos ingeridos na última refeição: Permite ao usuário a visualização da soma dos carboidratos ingeridos na última refeição, cadastrados no item **Alimentação**. Os dados cadastrados (glicemia a soma dos carboidratos) facilitam a visualização rápida da informação, auxiliando o usuário no cálculo de correção de insulina (Figura 17).

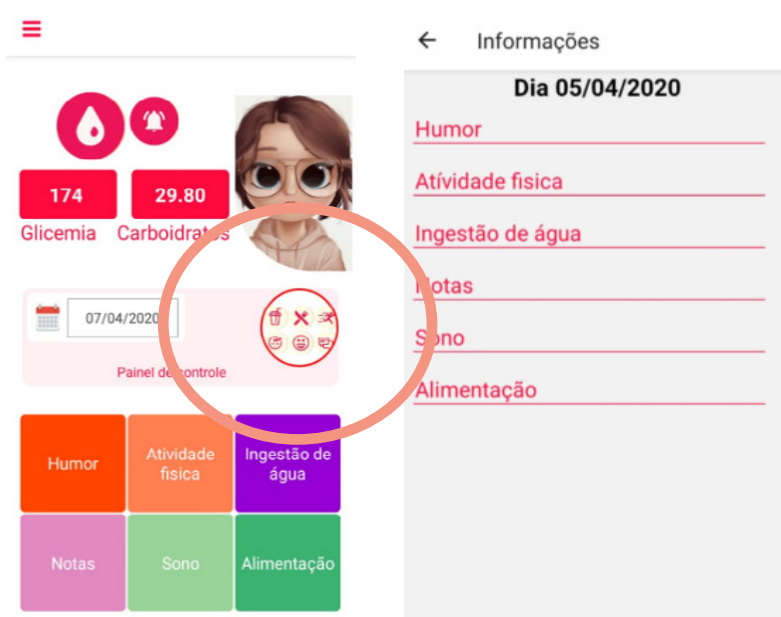
Figura 17 – Protótipo da interface do aplicativo: soma dos carboidratos cadastrados na última refeição



Fonte: Os Autores (2020).

6- Relatório do dia: Todas as informações registradas ao longo do dia no Diário (item 7) poderão ser visualizadas como panorama geral no relatório do dia (Figura 18):

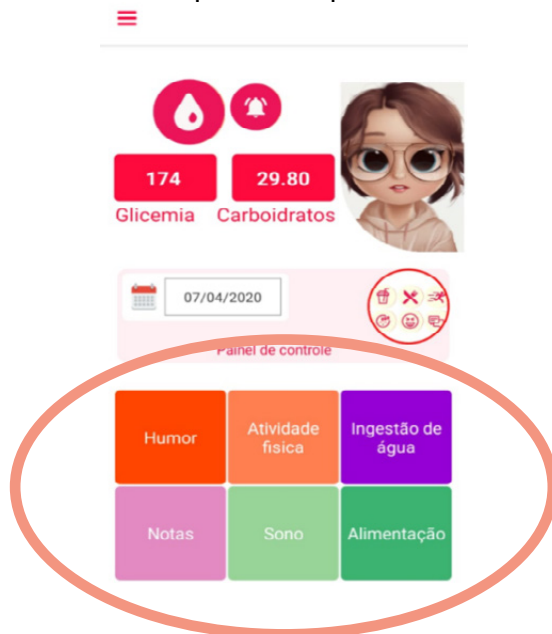
Figura 18 – Protótipo da interface do aplicativo: ícone de acesso e abas do relatório do dia



Fonte: Os Autores (2020).

7- Diário: O usuário poderá cadastrar ao longo do dia suas atividades e emoções no diário, tais como humor, atividade física, ingestão de água, notas (acontecimentos do dia), sono e alimentação; cada item é descrito a seguir (Figura 19):

Figura 19 – Protótipo da interface do aplicativo: painel de acesso ao diário



Humor: Na adolescência as reações emocionais são intensas, ocorrendo mudanças repentinas e imprevisíveis de humor de acordo com as vivências ao longo do dia. O diário permite que ele compartilhe o humor ou sentimento do momento. Ao clicar no item humor, o usuário terá a opção de cadastro dos sentimentos e com mensagem de confirmação do humor registrado (Figura 20):

Figura 20 – Protótipo da interface do aplicativo: ícones do cadastro de humor e mensagem de confirmação do humor registrado



Atividade física: Ao clicar no item atividade física, o usuário terá a possibilidade de cadastro das opções descritas na Figura 21. As pessoas que convivem com DM respondem de maneira diferente à prática de exercícios físicos, acompanhada da necessidade de reajustes nas doses de insulina e no aporte calórico. Assim, ao selecionar a atividade física, o *app* lembra o usuário da necessidade de avaliação da sua condição clínica com profissional de saúde, antes de iniciar atividades mais vigorosas, conforme lembrete na figura abaixo (Figura 21):

Figura 21 – Protótipo da interface do aplicativo: ícones do cadastro de atividade física e lembrete de avaliação prévia



Ingestão de água: A água influencia diretamente nos índices de glicose no sangue. Assim, o item serve para o usuário registrar a ingesta hídrica ao longo do dia como forma de monitoramento (Figura 22):

Figura 22 – Protótipo da interface do aplicativo: registro de ingestão de água



Fonte: Os Autores (2020).

Notas: Campo destinado ao usuário para registrar anotações, acontecimento do dia, frase motivacional, fato ou qualquer texto que o mesmo deseje inserir (Figura 23):

Figura 23 – Protótipo da interface do aplicativo: registro de anotações



Fonte: Os Autores (2020).

Sono: O sono desempenha papel importante no desenvolvimento físico e emocional dos adolescentes, sendo um desafio manter a regularidade do ciclo sono. Desta forma, o item é destinado para que o usuário monitore a duração e o padrão de sono (Figura 24):

Figura 24 – Protótipo da interface do aplicativo: registro de sono



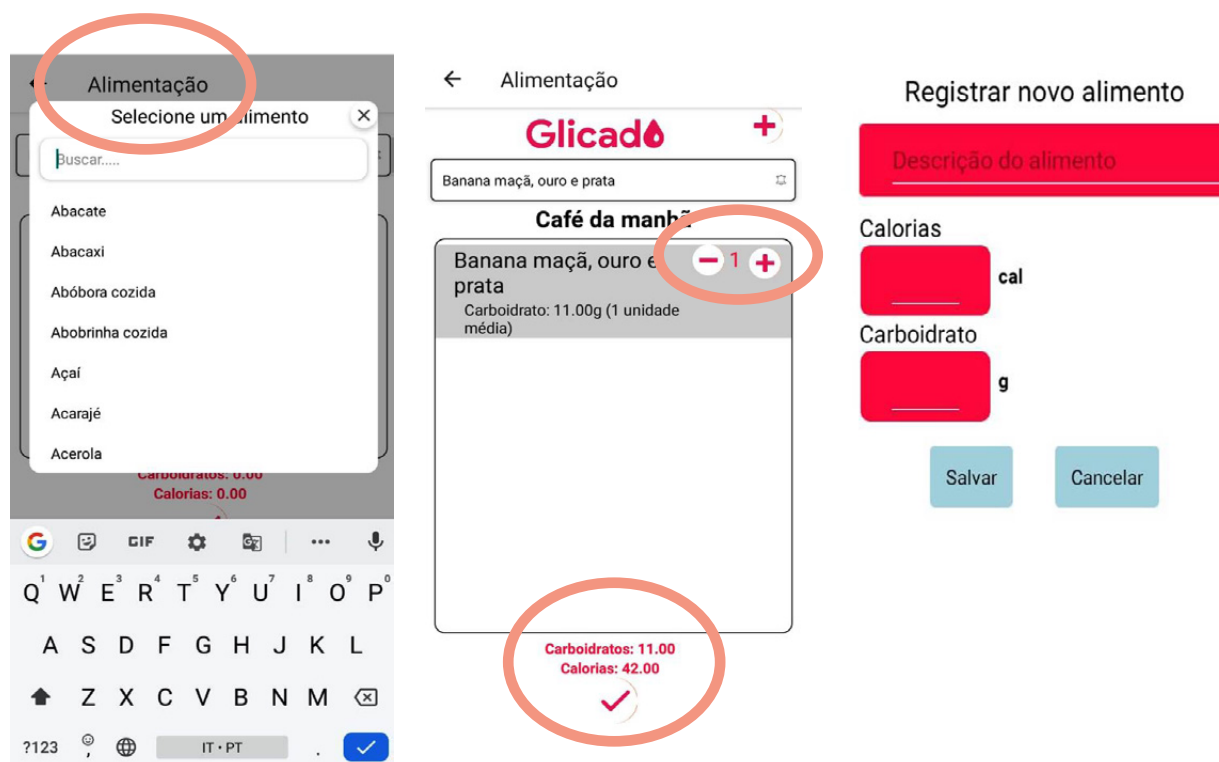
Fonte: Os Autores (2020).

Alimentação: O método de contagem de carboidrato é uma estratégia nutricional que oferece à pessoa com diabetes maior flexibilidade em sua alimentação, de acordo com seu estilo de vida. O monitoramento tem como objetivo contabilizar o total de carboidratos por refeição, considerando que sua quantidade é determinante à resposta glicêmica pós-prandial. O objetivo é encontrar o equilíbrio entre a glicemia, a quantidade de carboidratos ingerida e a quantidade de insulina necessária.

Deste modo, o item alimentação permite ao usuário buscar e adicionar os alimentos ingeridos na refeição, cadastrar novos alimentos, assim como controlar o número de porções e, no final da

tela, a soma de carboidratos e calorias. Ainda é possível visualizar, na tela inicial, a soma dos carboidratos cadastrados, facilitando ao usuário o cálculo de correção de insulina (Figura 25).

Figura 25 – Protótipo da interface do aplicativo: busca do alimento ingerido na refeição, controle de porções e visualização da soma de carboidratos e calorias



Fonte: Os Autores (2020).

O app ainda conta com algumas funções em abas laterais, que se encontra na parte superior à esquerda da tela inicial. Ao clicar, o usuário poderá navegar nos itens: perfil, medicamentos em uso, gráficos, orientação de saúde e quem somos (Figura 26). A funcionalidade de cada aba é descrita na sequência:

Figura 26 – Protótipo da interface do aplicativo: acesso às abas laterais e opções de navegação



Fonte: Os Autores (2020).

Perfil: O usuário poderá acrescentar informações ao seu perfil, cadastrando dados pessoais, tais como: nome, apelido, data de nascimento, peso, altura e gênero. O app calcula automaticamente o IMC e permite o carregamento de uma foto para o perfil da galeria do celular (Figura 27).

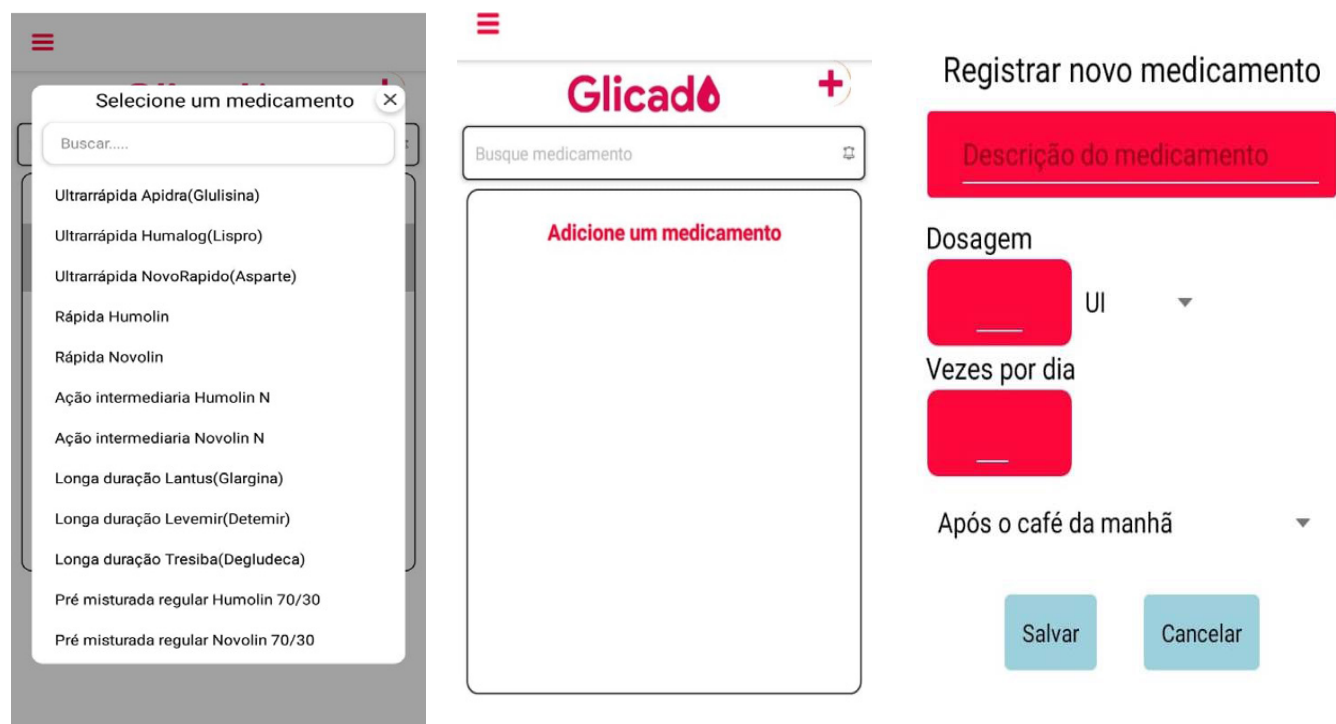
Figura 27 – Protótipo da interface do aplicativo: informações do perfil

O formulário de informações do perfil é dividido em duas seções. A seção superior contém um ícone de perfil (uma silhueta preta de uma pessoa) dentro de um retângulo branco. A seção inferior contém campos para: 'Nome/Apelido' (com o valor 'Sandi'), 'Data de nascimento' (com o valor '13/03/1997'), 'Peso' (com o valor '0.00') e 'Altura' (com o valor '0.00'). Abaixo desses campos, há um campo para 'IMC' (com o valor '0.00') e um campo para 'Gênero' (com o valor 'Masculino' e uma seta para baixo). No final do formulário, há um botão 'Salvar'.

Fonte: Os Autores (2020).

Medicamentos em uso: Permite ao usuário buscar e adicionar os medicamentos em uso e cadastrar novos medicamentos. Funciona como um diário, facilitando a relação ou lista de todos os medicamentos em uso para acesso rápido. Pode ser utilizado, por exemplo, em uma consulta de urgência num serviço nunca antes visitado, permitindo à equipe de saúde ciência sobre os medicamentos utilizados pelo usuário e melhor controle terapêutico.

Figura 28 – Protótipo da interface do aplicativo: buscar medicamento, cadastrar novo medicamento



Fonte: Os Autores (2020).

Gráficos: A opção promove ao usuário gerar relatórios da média glicêmica, com os dados cadastrados no item índice glicêmico, selecionando o intervalo de tempo desejado. Os gráficos, também, podem servir como ferramenta educativa para estimular mudanças e facilitar a automonitoração da glicemia (Figura 29).

Figura 29 – Protótipo da interface do aplicativo: gráfico gerado com data e valor de média glicêmica do dia



Fonte: Os Autores (2020).

Orientações de saúde: Esse recurso conta com as seguintes opções: Armazenamento; Transporte e viagens; Descarte de agulhas; Tipos de insulina e Vídeos. Cada item é descrito na sequência (Figura 30):

Figura 30 – Protótipo da interface do aplicativo: itens da aba “orientações de saúde”



Fonte: Os Autores (2020).

Armazenamento: As insulinas apresentam boa estabilidade e tem sua ação biológica preservada, quando conservadas e armazenadas devidamente, conforme as recomendações de

cada fabricante. Esse item fornece orientação aos usuários sobre o armazenamento correto da insulina (Figura 31).

Transporte e viagens: O transporte doméstico da insulina deve respeitar alguns cuidados a fim de manter sua integridade. A opção “transporte e viagens” tem a finalidade de orientar o usuário sobre a forma correta de deslocamento de insulina, seguindo as devidas recomendações do fabricante e respeitando a temperatura adequada (Figura 31).

Descarte de agulhas: O descarte correto de agulhas é fundamental para evitar acidentes, contaminações e amenizar os impactos causados no meio ambiente. Esse item descreve a forma correta dos perfurocortantes (Figura 31).

Figura 31 – Protótipo da interface do aplicativo: armazenamento da insulina, transporte e viagens com insulina e descarte de agulhas

Armazenamento

A insulina não aberta deve ser guardada na geladeira entre 2° e 8° C. Depois de aberta, pode ser deixado à temperatura ambiente (menor que 30°) por até 30 dias, com exceção da Detemir (Levemir), que pode ficar em temperatura ambiente por até 42 dias.

IMPORTANTE

- Mantenha todos tipos de insulina longe da luz e do calor.
- Descarte a insulina que ficou exposta a mais de 30°C ou congelada.
- Não use medicamentos após o fim da data de validade.
- Dica: Anote no rótulo a data em que abriu o frasco

Transporte e viagens

- Armazenar a insulina em um isopor ou bolsa térmica, podendo eventualmente conter placas de gelo, desde que este não tenha contato direto com a insulina.


Descarte de agulhas

- Agulhas e lancetas devem ser depositadas em uma embalagem própria (encontrado em farmácias) ou frasco plástico duro. Após deverão ser entregues na Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima de sua residência para descarte adequado.

Fonte: Os Autores (2020).

Tipos de insulina: Ao clicar no item, o usuário receberá uma notificação para fins de conhecimento sobre a insulina conforme figura abaixo. Na sequência, o usuário poderá navegar por uma tabela com zoom ajustável, a fim de promover o conhecimento sobre os tipos de insulina e favorecer o entendimento do perfil de ação da insulina em seu organismo (Figura 32):

Figura 32 – Protótipo da interface do aplicativo: notificação sobre insulina e seus tipos.



A insulina é o medicamento mais eficaz no controle da glicose no sangue. Procure a ajuda do médico e da equipe multidisciplinar para conseguir adequar as doses certas.

Tipo de insulina

Tipo	Início da Ação	Pico	Duração	Horário para aplicação
Ultrarrápida (Análogos Ultrarrápidos) • Asparto (Optima) • Humalog (Eli Lilly) • NovoRapid (Novartis)	10-15 minutos	1-2 horas	3-5 horas	Utilizada junto às refeições. Deve ser injetada imediatamente antes das refeições.
Rápida (Insulina Humana Rápida) • Humalog N • NovoRapid	30 minutos	2-3 horas	6 horas e 30 minutos	Utilizada junto às refeições ao dia. Deve ser injetada entre 30 e 45 minutos antes do início das refeições.
Ação intermediária (NPH - humana) • Humalog N • NovoRapid N	1-3 horas	5-8 horas	Até 18 horas	Frequentemente, a aplicação começa uma vez ao dia, antes do almoço. Pode ser indicada uma ou duas vezes ao dia. Não é específica para refeições.
Longa duração (Análogos longos) • Lantus (Eli Lilly) • Levemir (Novartis) • Tresiba (Novartis)	90 minutos	Escapício	Longos: até 24 horas Levemir: de 16 a 24 horas Dagluca: > 24h	Frequentemente, a aplicação começa uma vez ao dia, antes do almoço. Levemir pode ser indicada uma ou duas vezes ao dia. Tresiba é utilizada sempre uma vez ao dia, podendo variar o horário de aplicação. Não é específica para refeições.
Insulina pré-misturada regular • Humalog 70/30 • NovoRapid 70/30	10 a 15 minutos (componente R) e 1 a 3 horas (componente N).	30% da dose como insulina R e 70% da dose como insulina N.	30% da dose como insulina R e 70% da dose como insulina N.	Aplicada junto a uma ou mais refeições ao dia. Deve ser injetada de 30 a 45 minutos antes do início das refeições.
Insulina pré-misturada análoga • NovoRapid 30 • Humalog Mixtard 25 • HumalogMixtard 50	O número indica o percentual de insulina N (de acordo com a proporção do produto: 25, 30 ou 50% da dose de insulina N).	Insulina ultrarrápida e insulina N (de acordo com a proporção do produto: 25, 30 ou 50% da dose de ultrarrápida).	Insulina ultrarrápida e insulina N (de acordo com a proporção do produto: 25, 30 ou 50% da dose de ultrarrápida).	Aplicada junto a uma ou mais refeições ao dia. Deve ser injetada de 0 a 15 minutos antes do início das refeições.

Fonte: Os Autores (2020).

Vídeos: Foram criados dois vídeos educativos, a fim de proporcionar informações relevantes aos usuários sobre a temática DM tipo I, por meio de um discurso atrativo e, principalmente, de fácil entendimento. Para acessar os vídeos, os usuários deverão clicar em abrir conforme figura e serão direcionados à página do *YouTube*^{BR}:

Figura 33 – Protótipo da interface do aplicativo: acesso aos vídeos educativos

Videos

Diabetes mellitus tipo 1: O diagnóstico
O vídeo expõe de forma informações sobre o diabetes mellitus tipo 1, citando os principais sintomas dados epidemiológicos, fisiologia e sentimentos frente ao diagnóstico desta patologia

ABRIR

Diabetes mellitus tipo 1: O tratamento
Diabetes mellitus tipo 1: O tratamento. O vídeo expõe de forma lúdica e sucinta informações sobre o tratamento do diabetes mellitus tipo 1, citando os principais cuidados com a realização do teste da glicemia a aplicação da insulina.

ABRIR

Fonte: Os Autores (2020).

Quem somos: O último recurso apresentado do app se refere a uma breve descrição do objetivo do software, autoria, colaboradores, apoio, financiamento e créditos (Figura 34).

Figura 34 – Protótipo da interface do aplicativo: descrição do “quem somos”



Fonte: Os Autores (2020).

DISCUSSÃO

A eficácia da assistência é atingida quando os serviços e profissionais da saúde estimulam o usuário e família ou cuidadores a se envolverem no processo de planejamento dos cuidados, a partir do compartilhamento efetivo de informações e na participação e colaboração na tomada de decisões (SILVA et al., 2015).

Neste raciocínio, os apps para dispositivos móveis são considerados originadores e disseminadores de informação por serem rápidos, eficientes e de fácil acesso (OLIVEIRA, ALENCAR, 2017). Além disso, o uso dessas ferramentas permite ao usuário acessar informações em qualquer espaço e tempo, resultando em uma estratégia eficaz na área da saúde, na qual a propagação do conhecimento se torna subsídio à equipe e usuário na assistência e gestão do cuidado (BARRA et al., 2017).

Para Edwards et al. (2016), o uso da tecnologia na área da saúde vem se fortalecendo nos últimos anos devido aos seus benefícios, em especial por serem multitarefas, terem custo acessível e facilidades de manuseio.

Os *apps* são tecnologias inovadoras e importantes recursos para auxiliar a enfermagem no processo de cuidar, sendo foco de diferentes públicos, desde profissionais da saúde até os usuários em busca de informações, orientações de tratamentos e gestão de serviços em saúde. Ainda, seu crescimento vem revelando o potencial do enfermeiro em produzir e gerir ferramentas tecnológicas (BALDO et al., 2015; CARLOS et al., 2016).

Em relação aos adolescentes, Pennafort, Silva e Queiroz (2014) sugerem que os profissionais de enfermagem se aproximem deles cientes de suas preferências, identificando e reforçando as potencialidades dos usuários por meio de propostas educativas, estratégias de apoio, aprendizado, independência e motivação ao autogerenciamento, através de recursos criativos e adequados à fase de desenvolvimento, podendo assim gerar tecnologias modernas que promovam o entendimento e envolvimento do adolescente nos cuidados necessários com o DM tipo I.

Além de facilitadores na mediação das orientações, esses recursos devem ter a condição de estarem sempre à disposição de seus usuários, podendo ser consultados diante de dúvidas no desenvolvimento do cuidado. Assim, essa nova tecnologia de comunicação tem se destacado como um modelo de aplicação para o autocuidado, no qual os adolescentes assumem o controle de sua saúde por meio da informação, o que a torna uma das estratégias educativas mais utilizadas, atualmente, à prevenção de complicação de doenças crônicas, como é o DM tipo I, servindo também como um método seguro capaz de despertar o interesse e a motivação para o aprendizado por parte de seus usuários (CHAVES et al., 2017; OLIVEIRA, ALENCAR, 2017).

Partindo desses princípios, deu-se a elaboração deste estudo, cuja finalidade foi a construção do protótipo do *app* Glicado, desenvolvido para o sistema operacional *Android* com interface simples, seguindo os princípios de usabilidade. Dentre suas características e recursos, destacam-se: contagem de carboidratos, registro de glicemia, gráficos com as médias glicêmicas, notificações de hipoglicemia e hiperglicemia, diário de DM, personalização de perfil e orientações quanto ao DM tipo I.

Assinala-se a contribuição da equipe de design e programação, considerando que este conhecimento técnico foi essencial para a produção do *app*, ressaltando a importância da produção interdisciplinar. Espera-se que o produto elaborado nesta pesquisa sirva aos profissionais de saúde e aos seus usuários como meio de comunicação e agente potencializador do empoderamento necessário à educação, acompanhamento e promoção em saúde de adolescentes com DM tipo I.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo foram descritas as etapas de construção do *app* “Glicado” cujos recursos disponíveis foram organizados a partir dos estudos realizados, a fim de suprir a necessidade do adolescente convivente com DM tipo I. Ainda, ressalta-se que a unificação de todas as informações coletadas em um *software* é complexa, ordenando domínio em outras áreas e criatividade para que se torne atrativo ao público-alvo.

Acredita-se que o *app* reúne as informações mais relevantes sobre o DM tipo I, permitindo que as situações vivenciadas diariamente pelos adolescentes sejam contextualizadas no mundo virtual, sendo capaz de aumentar o alcance das orientações educativas entre o público-alvo, favorecendo o autocuidado e autogerenciamento da doença crônica pelo usuário.

CAPÍTULO 5

FLUXOGRAMA DE ACOLHIMENTO ÀS MULHERES ATENDIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

INTRODUÇÃO

Ao analisar o panorama geral das ações ofertadas à saúde das mulheres no Brasil ao longo dos anos, é possível ver que há algum tempo, mais precisamente por volta da década de 70, com o surgimento do Movimento Sanitário e o advento da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986, mudanças expressivas ocorreram. Muitas condutas sofreram alterações positivas, sejam elas dentro da esfera pública ou privada, políticas públicas foram elaboradas e a partir daí o setor saúde teve muitos ganhos, entre eles está o direito à saúde. Nesse cenário, a CNS deu um passo importante ao colocar a saúde de cada indivíduo como um direito e deixando o Estado com a responsabilidade de prover esta saúde de quali-

PAOLA FRANCESCHI ZANATTA
DENISE ANTUNES DE AZAMBUJA ZOCHE
ARNILDO KORB

dade, por meio de políticas e ações. Com a saúde da mulher, não foi diferente (VIACAVA et al., 2018; BRASIL, 1986).

No que diz respeito à saúde das mulheres brasileiras, o ano de 1984 pode ser considerado um marco legal e histórico na história das políticas públicas, pois nesse ano o Ministério da Saúde (MS) elaborou o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que veio como proposta para implementar e melhorar as ações em saúde ofertadas às mulheres, uma vez que elas, até então, estavam voltadas majoritariamente a questões relacionadas ao período gravídico-puerperal (BRASIL, 1985).

Nessa perspectiva, entre os anos 90 e 2000, o MS foi expandindo suas ações, no sentido de ampliar a cobertura e oferta de ações promocionais à saúde e prevenção de agravos, além do tratamento para doenças relacionadas à saúde reprodutiva das mulheres. Seguindo essa trajetória, em 2004, o MS lança a primeira política de saúde voltada às mulheres, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), na tentativa de consolidar as ações já instituídas relativas à saúde reprodutiva e implementar outras relacionadas como, por exemplo, as necessidades das mulheres trabalhadoras da área rural e negras (BRASIL, 1985; BRASIL, 2011).

A PNAISM veio com o propósito de consolidar os progressos já existentes. Trouxe a perspectiva de gênero, destacando as melhorias no campo dos direitos sexuais e reprodutivos. Também destacou a importância da prevenção, manejo e tratamento das Infecções Sexuais Transmissíveis (IST). Apresenta muitos temas para o debate e melhoria, como a violência doméstica e sexual, a saúde das mulheres lésbicas, negras, indígenas, moradoras e trabalhadoras de área rural, dentre outras especificidades. Assim, a política contempla grande parte dos segmentos que compõem a população feminina (BRASIL, 2011).

Embora os avanços presentes da saúde da mulher tenham sido significativos, ainda há muito para ser feito, pois mesmo sabendo que as mulheres são as maiores frequentadoras dos sistemas de saúde, muitas de suas demandas de saúde não estão relacionadas somente à saúde reprodutiva, sendo inclusive demandas de problemas de outros membros da família ou da comunidade na qual essas mulheres estão inseridas. Muitas delas vão em busca de atendimento não somente para sanar suas necessidades de saúde, mas também para acompanhar familiares, vizinhos, idosos, amigos com deficiência (BRASIL, 2011).

Ainda que sejam mencionadas ações de saúde e atividades de promoção e prevenção, não se vê ações ou estratégias voltadas às especificidades de cada mulher como, por exemplo, a mulher

moradora de área rural que, muitas vezes, tem dificuldade de acesso à Unidade Básica de Saúde (UBS), bem como o acesso às informações e ações em saúde; no entanto, não é possível observar se há ações específicas para amenizar ou até mesmo aplacar estas dificuldades (BRASIL, 2011).

Outra política de saúde, que fortaleceu as ações ofertadas à população em geral e, consequentemente, à população feminina, foi a Política Nacional de Humanização (PNH), lançada no ano de 2003, que tinha por objetivo colocar em prática os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano das ações dos serviços e profissionais de saúde. No seu escopo, a PNH, induziu a valorização do processo de geração de saúde pelos usuários, gestores e também trabalhadores, por meio de incentivos aos movimentos sociais e redes de saúde, destacando a autonomia dos indivíduos neste processo (BRASIL, 2020).

Dentre os princípios da PNH, tem-se a transversalidade que necessita estar presente em todas as políticas e programas do SUS, melhorando o trabalho a partir da ampliação da comunicação entre os indivíduos. A indissociabilidade entre atenção e a gestão é o princípio que discute a necessidade dos usuários e trabalhadores de conhecerem o sistema e serviços de saúde, participando da tomada de decisões, sem deixar de lado a parte assistencial em que o usuário, também, necessita saber acerca de seus cuidados e tratamentos, responsabilizando-se pela sua parte na atenção à sua saúde (BRASIL, 2020).

Dentre as diretrizes, tem-se a gestão participativa e cogestão, a ambiência, a clínica ampliada e compartilhada, a valorização do trabalhador, a defesa dos direitos dos usuários e o acolhimento (BRASIL, 2020).

Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipe serviços e usuários- populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede sócio-afetiva (BRASIL, 2013, p.7-8).

Sendo o acolhimento como diretriz, pode dizer-se que o processo de acolher permeia todas as relações entre os profissionais da saúde e os usuários. Nesse sentido, o acolhimento configura os contextos de intersubjetividade que possibilitam a construção do vínculo, da corresponsabilidade e da autonomia no cuidado à saúde. Na Atenção Primária à Saúde (APS), no cenário das Unidades de Saúde da Família (USF), em geral, o acolhimento se configura numa abordagem com objetivo de triagem da demanda espontânea (BRASIL, 2010; GARUZI et al., 2014; BREHMER, VERDI, 2010).

Contudo, desde 2000 o MS vem produzindo, por meio de protocolos e diretrizes, matérias que subsidiem os gestores e trabalhadores na organização dos serviços, de modo que eles sejam, de fato, acessíveis e resolutivos às necessidades da população feminina. Com isso, pretende-se que, por meio do acolhimento, compreendido como um momento de escuta atenta e qualificada, as demandas trazidas pelas mulheres possam ser acolhidas e resolvidas pelas equipes de saúde da família (BRASIL, 2016).

Nessa perspectiva, o acolhimento vem para atender as demandas dos pacientes de acordo com suas características, levando em consideração as suas particularidades. Trazendo mais humanização na relação do profissional com o usuário, possibilitando uma escuta diferenciada e atuação da equipe interdisciplinar no cuidado (SILVA et al., 2019).

Frente ao exposto, faz-se necessário desenvolver tecnologias gerenciais do tipo fluxograma, que apoiem os enfermeiros na organização do serviço e na tomada de decisão frente às necessidades de saúde das mulheres que procuram os serviços de saúde na APS.

O fluxograma apresentado, nesse capítulo, é o produto desenvolvido no Trabalho de Conclusão de Curso do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde, intitulado Fluxograma para o acolhimento às mulheres atendidas na Unidade Básica de Saúde do município de Alpestre-RS, que visou aperfeiçoar a demanda de acolhimento às mulheres, bem como priorizar e organizar os atendimentos com base nos motivos de procura das usuárias.

MÉTODO

O estudo do qual o fluxograma foi oriundo, tratou-se de uma pesquisa do tipo mista, integrando processos quantitativos e qualitativos. Este tipo de pesquisa acaba por engrandecer muito o estudo, uma vez que é possível trabalhar e analisar tanto números quanto palavras, ofertando maior segurança ao pesquisador, podendo oferecer mais oportunidades às interpretações (POLIT, 2011).

A parte quantitativa se referiu a uma pesquisa transversal nos prontuários eletrônicos das usuárias que frequentaram a UBS, Estratégia de Saúde da Família (ESF) IV, no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2018, em que se utilizou a sazonalidade para selecionar os meses a serem analisados; dessa forma, foram verificados o mês de janeiro (verão), maio (outono), agosto (inverno) e novembro (primavera) de forma intencional. Elaborou-se um formulário norteador para a coleta dos dados (APÊNDICE A). O intuito foi caracterizar e analisar o perfil das mulheres que procuram o atendimento quanto às condições de saúde e queixas crônicas. Também foi entregue aos profissionais do acolhimento da ESF IV um questionário sobre o acolhimento das mulheres (CRESWELL, 2010).

No que tange à parte qualitativa, houve a participação dos profissionais do acolhimento de algumas ESFs do município, que se disponibilizaram a participar. Utilizou-se como base as doze etapas da Pesquisa-ação, adaptadas à realidade do estudo.

A pesquisa ação pode fazer uso de grupos focais para resolver questões dentro de diversas áreas, em que os membros podem ou não estar inclusos no problema em questão, contanto que estejam interessados e participem na formulação de respostas (THIOLLENT, 2011). No quadro abaixo estão descritas essas etapas:

Quadro 1 Adaptação das etapas da pesquisa-ação a partir de Thiollent (2011)

ETAPAS REALIZADAS NESTE PROJETO DE PESQUISA

1º Etapa: Definiu-se o problema de pesquisa;
Políticas de saúde;
Definiu-se o referencial teórico que subsidiou a pesquisa;

2º Etapa: Pesquisou-se nos prontuários selecionados com base nos critérios pré-determinados.
Utilizou-se o formulário para a coleta de dados descrita no APÊNDICE A.

Foi entregue aos profissionais responsáveis do acolhimento da ESF IV o questionário individual sobre o acolhimento de mulheres na atenção básica de saúde. (APÊNDICE B).

Iniciou-se a construção do Fluxograma de acolhimento às mulheres atendidas na Atenção Básica de Saúde.

Após a construção do fluxograma foram realizados dois grupos focais temáticos, onde foram convidados os profissionais responsáveis pelo acolhimento nas demais ESFs do município de Alpestre.

Grupo Focal: Apresentação do projeto de pesquisa e dos resultados obtidos até então. Uma proposta no fluxograma previamente elaborado foi mostrada aos participantes para que eles pudessem avaliar e dar opiniões sobre o instrumento;

3º Etapa: Apresentar-se-á o fluxograma ao Conselho Municipal de Saúde para obter aprovação;

Etapa 4º: Os enfermeiros e técnicos de enfermagem serão capacitados

Etapa 5: Os resultados serão divulgados para o Conselho Municipal de Saúde e Coren-RS

A pesquisa foi desenvolvida no município de Alpestre-RS, na ESF IV, onde a pesquisadora atua como enfermeira e tem avidez por mudança a uma melhora na qualidade do atendimento ofertado às mulheres. Este produto foi desenvolvido a partir do projeto supracitado, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), tendo o número de parecer: 3.670.579 de 30 de outubro de 2019.

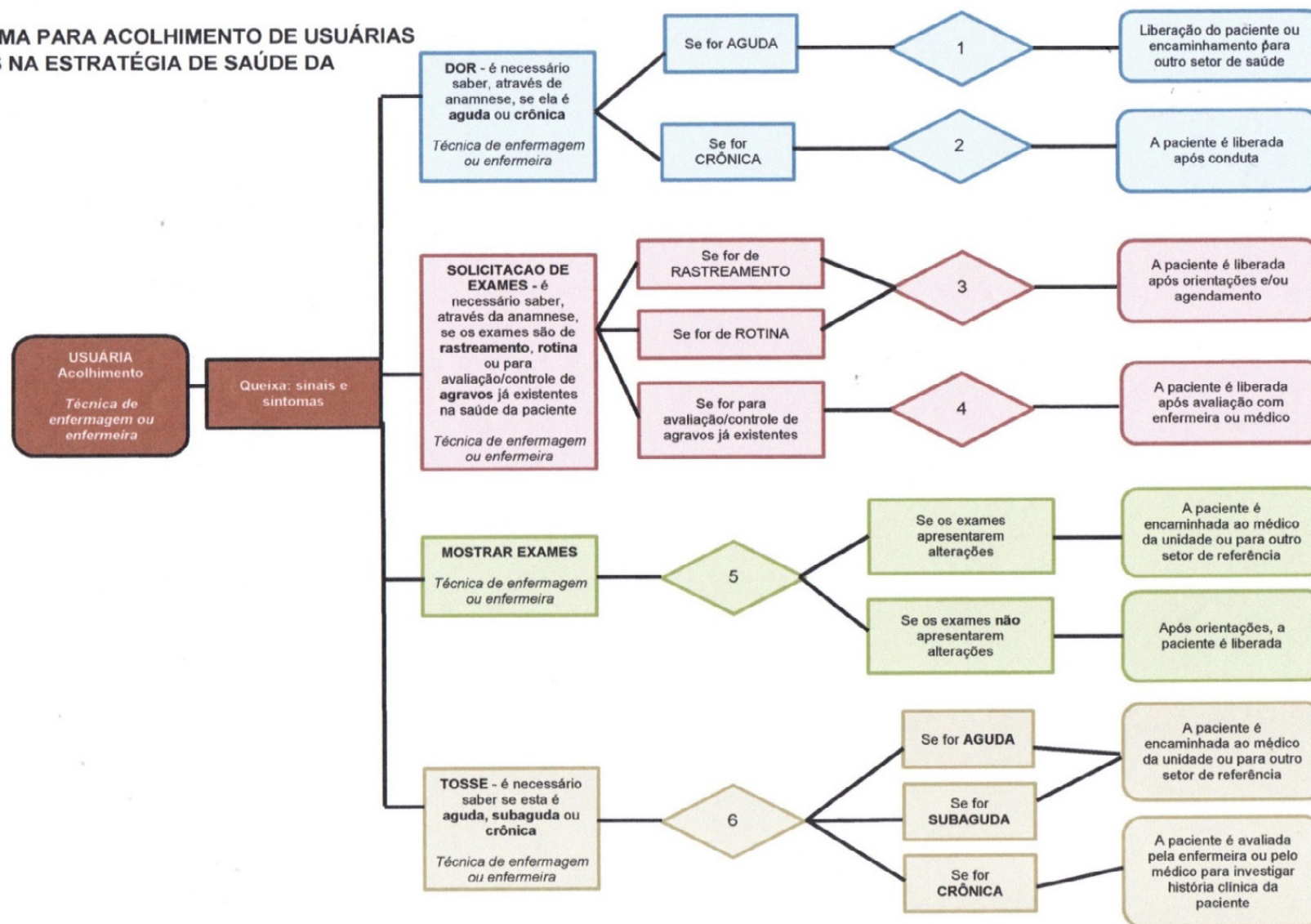
FLUXOGRAMA

O Fluxograma “é uma representação gráfica das etapas de um determinado processo no qual, além da sequência de atividades, são apresentados os serviços prestados, as entradas e saídas de documentos, as decisões tomadas e os entes envolvidos.” (GALVÃO, 2017, p. 12). Neste trabalho, este instrumento foi criado a partir de algumas etapas, sendo elas: análise de prontuários de mulheres que procuraram a UBS em determinados meses do ano de 2018, da aplicação de um questionário (APÊNDICE B) com profissionais de saúde responsáveis pelo acolhimento da Estratégia de Saúde da Família IV e, também, da realização de um grupo focal com demais profissionais de saúde responsáveis pelo acolhimento das ESFs I, III e IV do município.

A análise dos prontuários identificou os três principais motivos de procura pelas mulheres no ano de 2018, sendo eles: *dor; solicitar mostrar exames e tosse*. A partir deles, elaborou-se o fluxograma (Figura 1) com etapas para o atendimento destas três principais queixas.

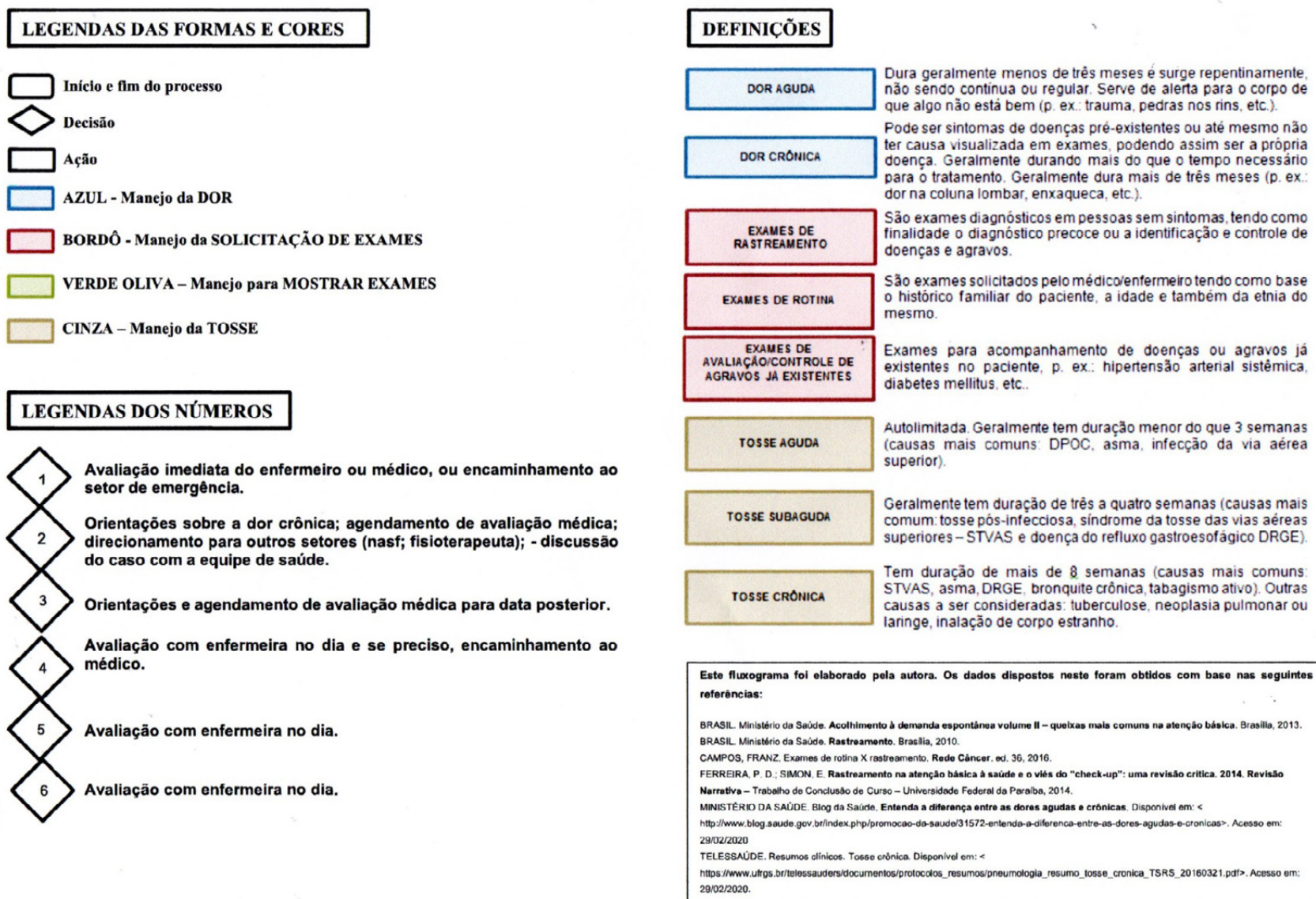
Figura 1 - Fluxograma para acolhimento de usuárias atendidas na ESF IV

FLUXOGRAMA PARA ACOLHIMENTO DE USUÁRIAS ATENDIDAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA IV



Fonte: Os Autores (2020).

Figura 2 - Legendas para interpretação do fluxograma no acolhimento de usuárias atendidas na ESF IV



Fonte: Os Autores (2020).

DISCUSSÃO

Este Fluxograma foi elaborado com base nas três principais queixas e motivos de procura das mulheres pela UBS no ano de 2018. Dentre os motivos de procura, a dor foi a primeira queixa mais visualizada neste período. O estudo de Souza; Häfele; Siqueira (2019) também evidenciou que a dor crônica é um motivo frequente de procura por atendimento. A partir daí, pesquisaram-se as especificidades da dor, permitindo classificá-la em dor aguda ou crônica, a fim de direcionar as ações de forma específica conforme a queixa da paciente.

Ao chegar à unidade, no momento do acolhimento será possível saber se a dor é crônica ou aguda. Se a queixa for aguda, a paciente será avaliada imediatamente pela enfermeira ou médico ou encaminhada ao setor de emergência do município. Se for crônica, algumas ações poderão ser feitas, como orientações sobre essa dor, agendamento de avaliação médica; direcionamento da paciente para outros setores como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) ou fisioterapia. Ainda poderá ser debatido o caso com a equipe de saúde.

A segunda maior procura foi para solicitar ou mostrar exames. Em relação a isso, Zapponi (2017, p. 69) destaca que: “a realização de exames na perspectiva de cuidado à saúde está atribuída a ações de identificação de doenças. Realizar exames como forma de cuidado, **a saúde emerge como uma realidade concreta das mulheres atendidas na Atenção Básica**”.

Fez-se necessário dividir a solicitação de exames em três categorias: *exames de rastreamento, de rotina e exames para avaliação e controle de agravos já existentes*. A partir disso foi possível definir as seguintes condutas. Se no acolhimento a paciente referir querer solicitar exames de rastreamento ou rotina, ela será orientada e será realizado agendamento para a avaliação médica. Se a solicitação de exames for para avaliação e controle de agravos já existentes, a paciente será avaliada no dia pela enfermeira e, se preciso, será encaminhada ao médico.

Do mesmo modo, se a procura da mulher pela unidade for para mostrar exames após o acolhimento, os exames e a paciente serão avaliados pela enfermeira que, a partir daí, dependendo dos resultados dos exames, duas condutas poderão ser tomadas. Se os exames não apresentarem alterações, após orientações a paciente será liberada. Se os exames apresentarem alterações, a paciente será encaminhada ao médico da unidade ou para outro setor de referência.

A terceira queixa encontrada no estudo foi a tosse; segundo Satia et al (2016), é um dos motivos mais comuns de procura por atendimento médico. Uma vez identificada no acolhimento, a tosse deverá ser classificada dentro das seguintes definições: *aguda, subaguda e crônica*. Independentemente

de qual seja a classificação da tosse referida, a paciente será, em um primeiro momento, avaliada pela enfermeira no dia e, após avaliação, se a tosse da paciente for aguda ou subaguda será encaminhada ao médico da unidade ou para outro setor de referência. Se a tosse for crônica, a paciente poderá ser avaliada pela enfermeira ou médico a fim de investigar a história clínica da paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do Fluxograma tem como objetivo a melhoria da resolutividade e manejo dos atendimentos às mulheres que procuram a unidade com queixas. A utilização deste instrumento possibilita maior autonomia aos profissionais responsáveis pelo acolhimento a partir da inclusão na tomada de decisão no atendimento à usuária. Este estudo poderá impactar diretamente na priorização dos atendimentos das usuárias a partir de suas queixas e história clínica. Também será um instrumento importante na organização do fluxo de atendimento na UBS.

Após aprovação do Conselho Municipal de Saúde, pretende-se capacitar os profissionais do acolhimento da ESF IV onde o estudo foi realizado. Espera-se que este instrumento seja encaminhado ao Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) para que seja amplamente divulgado e disponibilizado, a fim de que outras equipes possam fazer uso dele.

Outro ponto importante a ser debatido é que os principais motivos de procura pelas mulheres ao serviço de saúde, que apareceram nesta pesquisa, não são contemplados de forma específica nas políticas públicas existentes, nem mesmo de forma geral. Pois, embora muitas temáticas tenham sido incluídas nestas políticas, a maioria ainda se volta às áreas sexuais e reprodutivas. Evidencia-se, desta forma, a necessidade e a importância da constante reavaliação das políticas públicas para que possam abranger diferentes áreas e conteúdos, incluindo as especificidades de cada mulher.

REFERENCIAS

ARAÚJO, MS. et al. Dificuldades enfrentadas por enfermeiros para desenvolver ações direcionadas ao adolescente na atenção primária. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 10(Supl. 5):4219-25, nov., 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11166/12695>. Acesso em: 05 abr. 2020.

BALDO, C; ZANCHIM, MC.; KIRSTEN, VR; DE MARCHI, ACB. Diabetes Food Control –Um aplicativo móvel para avaliação do consumo alimentar de pacientes diabéticos. *Rev Eletron de Co-mum Inf Inov Saude*, 9 (3), jul-set., 2015. Disponível em: <https://www.reciis.iciict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1000/1959>. Acesso em: 14 jun. 2020.

BARRA, DCC. et al. Métodos para desenvolvimento de aplicativos móveis em saúde: revisão integrativa da literatura. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 26, n. 4, p. e2260017, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v26n4/0104-0707-tce-26-04-e2260017.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2020.

CARLOS, DAO; et al. Concepção e avaliação de tecnologia mHealth para promoção da saúde vocal. *Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação*, Porto, n. 19, p. 46-60, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rist/n19/n19a05.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2020.

CHAVES, FF. et al. Aplicativos para adolescentes com Diabetes *Mellitus* tipo 1: revisão integrativa da literatura. *Acta Paul Enferm*, São Paulo, v.30, n. 5, set.-out. 2017, pp.:565-72. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v30n5/0103-2100-ape-30-05-0565.pdf>. Acesso em: 02 maio 2020.

CARRION, C. et al. Utilización del teléfono móvil para el fomento de hábitos saludables en adolescentes. Estudio con grupos focales. *Rev. Esp. Salud Publica*, Madrid, v. 90, e40022, 2016 . Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v90/1135-5727-resp-90-e40022.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2020.

EDWARDS, EA. et al. Gamification for health promotion: systematic review of behaviour change techniques in smartphone apps. *BMJ Open*, London, v. 6, p. 1-9, 2016. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/6/10/e012447.full.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2020.

GOOGLE. **Site Oficial do Google Android**. 2016. Disponível em: <https://www.android.com/>. Acesso em: 13 jun. 2020.

KIMURA, M. Guia da identidade visual. Disponível em: <https://marcelokimura.com.br/>. Acesso em: 05 abr. 2020

MANZANO, JANG; OLIVEIRA, JFO. **Algoritmos Lógica para Desenvolvimento de Programação**. 23ª ed. São Paulo: Saraiva; 2000.

OLIVEIRA, JF. et al. Efeito de softwares educativos em adolescentes. **Rev enferm UFPE [online]**, Recife, 12(11):3078-88, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/237657/30511>. Acesso em: 14 jun. 2020.

OLIVEIRA, A R; ALENCAR, MS. O uso de aplicativos de saúde para dispositivos móveis como fontes de informação e educação em saúde. **Rev Dig Bibliotecon Ciênc Inform**,15(1):234-45, 2017. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/rdbci/article/view/8648137>. Acesso em: 17 jun. 2020.

PENNAFORT, VPS; SILVA, ANS; QUEIROZ, MVO. Percepções de enfermeiras acerca da prática educativa no cuidado hospitalar a crianças com diabetes. **Rev Gaúcha Enferm**, 35(3):130-136, set, 2014. Disponível em: Acesso em: 17 jun. 2020. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGau-chadeEnfermagem/article/view/43313/31528>. Acesso em: 20 jun. de 2020.

POLIT, DF; BECK, CT. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7ª ed. Porto Alegre: ArtMed; 2011, 670 p.

REALM, IO. **Realm for Android**. 2016. Disponível em: <https://realm.io/docs/java/latest/>. Acesso em: 20 jun. de 2020.

ROZENFELD, H.et al. **Gestão de Desenvolvimento de Produtos: uma referência para a melhoria do processo**. São Paulo: Saraiva, 2006, 542 p.

SALGADO, EG. et al. Modelos de referência para desenvolvimento de produtos: classificação, análise e sugestões para pesquisas futuras. **Revista Produção Online**, v. 10, n. 4, pp. 886-911, dez. 2010. Disponível em: <https://www.producaoonline.org.br/rpo/article/view/520/742>. Acesso em: 02 fev. 2020.

SERAFIM, ARRM. et al. Construction of serious games for adolescents with type 1 diabetes. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 32, n. 4, p. 374-381, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ape/v32n4/en_1982-0194-ape-32-04-0374.pdf. Acesso em: 14 jun. 2020.

SILVA, MM; SANTOS, MT. Os paradigmas de desenvolvimento de aplicativos para aparelhos celulares. **Rev T.I.S**, 3(2):162-70, 2014. Disponível em: <http://www.revistatis.dc.ufscar.br/index.php/revista/article/view/86/80>. Acesso em: 05 jun. 2020.

SILVA, TO; ALVES, LB; BALIEIRO, MM; MANDETTA, MA; TANNER, A; SHIELDS, L. Adaptação transcultural de instrumentos de medida do cuidado centrado na família. **Acta Paul Enferm** 28(2):107-12, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v28n2/1982-0194-ape-28-02-0107.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2020.

UNIFAP. Introdução à Informática e Windows 7. Projeto Unifap Digital. 59 p. Disponível em: <https://www2.unifap.br/unifapdigital/files/2017/01/M%C3%B3dulo-1.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2020.

PARTE 2

**COMPARTILHANDO PESQUISAS
DO MESTRADO PROFISSIONAL
EM ENFERMAGEM NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE: A ENFERMAGEM
INVESTIGADORA**

CAPÍTULO 6

ORIENTAÇÃO PARA AMAMENTAÇÃO: O QUE DIZEM OS *BLOGS*

MAIRA SCARATTI

ELISANGELA ARGENTA ZANATTA

CARLA ARGENTA

INTRODUÇÃO

Diante de tantos movimentos, visando aos cuidados, orientações no sentido de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno (AM), por meio de implantação do alojamento conjunto nas maternidades, início imediato da amamentação ao nascimento, criação de leis sobre creches no local de trabalho da mulher e aumento da licença-maternidade, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda, desde o ano de 2001 por intermédio da Estratégia Global para Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância, que todas as crianças sejam amamentadas exclusivamente até os seis meses de idade e continuado até os dois anos ou mais (BRASIL, 2010; BRASIL, 2017; BOCCOLINI, 2017).

Nos serviços de maternidade e de atendimento aos recém-nascidos, foram classificados três domínios que promovessem, protegessem e apoiassem o aleitamento materno de forma que: o apoio imediato ao nascimento para estabelecer a amamentação; práticas alimentares e necessidades adicionais de bebês e criação de um ambiente favorável (WHO, 2017).

Nesse contexto, têm sido realizadas ações do AM em relação à saúde da mulher e da criança, pois a amamentação é uma prática natural que beneficia não apenas a saúde do bebê, mas também o bem-estar da nutriz, de sua família e da sociedade, devido às características nutricionais do leite materno e a oportunidade de vínculo-apego entre mãe e bebê, o que favorece o crescimento e desenvolvimento da criança, diminuindo a morbimortalidade infantil. O leite materno é completo, favorece o crescimento e o desenvolvimento infantil, é prático e econômico, é um método natural de planejamento familiar, previne o sangramento após parto e diminui o risco de câncer de mama e ovários à mulher (REA, 2004; DIAS et al., 2015; VICTORIA et al., 2016; OLIVEIRA et al., 2018; MENEZES et al., 2019).

Embora a amamentação seja instintiva para o bebê, é uma habilidade aprendida e desenvolvida pelas mães, e as mídias sociais oferecem oportunidades de informação e conselhos para os pais em diferentes estágios do crescimento e desenvolvimento da criança. O uso de mídias sociais influencia atitudes voltadas à amamentação, normas e autoeficácia materna em amamentar, além de que as mães que amamentam formam redes de apoio que promovem, protegem e apoiam o AM (ROBINSON et al., 2019; MARCON et al., 2018).

A mídia social permite a criação, compartilhamento de conteúdos por meio de *blogs*, *links*, comentário, avaliação, classificação, recomendação e disseminação de conteúdos digitais (imagens, vídeos, áudios, simulações, etc.) de relevância social de forma descentralizada, colaborativa e autônoma tecnologicamente (JUNIOR, 2009; DOTTA, 2011).

Nesse contexto, vale ressaltar que os *blogs* proporcionam o contato com os pares que navegam em busca de conhecimento e na circulação da informação rápida, tanto para o foco específico, como para a comunidade externa. Podemos considerar que os *blogs* são sistemas comunicativos de análise e reflexão para a construção de um pensamento acerca das interações entre os campos da comunicação e da educação (FOFONCA, 2010; SIMOM, 2016).-

MÉTODO

Aborda-se, neste estudo, parte dos resultados do Trabalho de Conclusão de Curso do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde, da Universidade do Estado de Santa

Catarina (UDESC), intitulado de Portal educativo, como uma tecnologia à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, tendo parecer favorável no Comitê de Ética em Pesquisa da UDESC, via Plataforma Brasil, de nº 3.560.109 de 24 de setembro de 2019.

Portanto, nesse capítulo é apresentada a etapa de elaboração do conteúdo a ser inserido no Portal Educativo, que foi realizada a partir da análise de *blogs*, tendo como objetivo conhecer a percepção das mulheres que amamentam sobre as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

O método utilizado foi a análise documental que, segundo Marconi e Lakatos (2017), tomam como fonte de dados apenas documentos, escritos ou não e consiste em uma série de operações que visam estudar os documentos no intuito de compreender as circunstâncias sociais e elucidar o conteúdo expresso nos documentos de forma a contextualizar os assuntos em busca da escrita sobre uma temática (GARCIA JUNIOR, MEDEIROS, AUGUSTA, 2017).

Neste estudo foram utilizados os conteúdos discursivos contidos em *blogs*, que representam uma reconfiguração da mídia tradicional ao criar novas oportunidades de interação social com maior velocidade de informação, interatividade, profissionalismo, simplicidade, transparência, solidariedade, focando em resultados e inovação (OLIVEIRA et al., 2018; BARCELOS et al., 2020). Os critérios para a inclusão dos *blogs* foram: ser administrados por profissionais da saúde, possuir página atraente, atualizado no mínimo há seis meses e ter como temática única ou central a amamentação e aleitamento maternos.

A busca pelos *blogs* ocorreu na segunda quinzena do mês de dezembro de 2019, utilizando-se as seguintes palavras chaves “*blogs sobre amamentação por profissional*”, a fim de atender o objetivo da construção do portal educativo para mulheres que amamentam, totalizando 701.000 *blogs*. Deste quantitativo foram avaliados os 193 *blogs* mais acessados na internet ou na plataforma Google®. Dos 193 *blogs* mais buscados na internet, 29 eram institucionais, 42 de informação; 44 comerciais; 37 repetidos; cinco artigos; 11 imagens e 24 *blogs* atendiam ao critério inicial de seleção, que era administrado por profissional da saúde. Destes, foram incluídos no estudo 10 *blogs* que atenderam aos critérios de inclusão para análise do conteúdo.

Para tal análise, foi criado um instrumento de acordo com as temáticas mais relevantes encontradas em etapa prévia por meio de uma revisão integrativa da literatura, conforme quadro abaixo e, para finalizar a coleta, usou-se o método de saturação dos conteúdos, que prevê fechamento amostral quando se dá a exaustão do conteúdo por repetição, ou seja, não há mais temas ou temáticas novas para além daquelas já identificadas (FONTANELLA, 2008).

Quadro 1 - Roteiro de coletas dos *blogs* (Continuação).

BLOG	PRÉ-CATEGORIAS	CONTEÚDO	CONTEÚDO ESCRITO	IMAGEM	VÍDEO	COMENTÁRIO
Nome: Profissional: Data de atualização:	Empoderamento e a autoeficácia materna para o aleitamento materno	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apoio emocional 2. Apoio profissional 3. Mensagens superação 4. Orientação para autocuidado 				
	Conceitos e práticas de amamentação	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fisiologia da amamentação 2. Mitos e crenças 3. Dificuldades na amamentação 4. Vantagens para a amamentação 5. Situações adversas na amamentação 				
	Práticas de educação em saúde na promoção do aleitamento materno	<ol style="list-style-type: none"> 1 Livros 2 Manuais 3 Cartilhas 4 Jogos 5 Cursos curta duração 6 Curso formação 				

Os dados foram analisados, utilizando a análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), organizada em três etapas distintas: pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação, mas a busca por estratégias para a exploração deste material foi adotada a utilização de um *software* para auxílio nesta análise. Os *softwares* podem ser considerados ferramentas que permitem um olhar sistemático sobre os dados por partes ou em sua totalidade, o que favorece construir a correlação entre eles. O software MAXQDA® tem em suas funcionalidades um conjunto de ferramentas que favorece a organização, exploração, codificação e análise destes dados simultaneamente por mais de um pesquisador; o MAXQDA® encontra-se na versão 2020 (BRAGA et al., 2019).

A partir das três categorias construídas com a revisão da literatura, sendo elas: Empoderamento e autoeficácia materna para o aleitamento materno, Conceitos e Práticas de Amamentação e Práticas de Educação em Saúde na Promoção do Aleitamento Materno, nortearam a estratificação dos *blogs* e os dados para análise. Os dados foram inseridos no *software* MAXQDA®, organizados por categorias e cores distintas, o que facilitou a sua visualização e exploração frente às categorias e sub-categorias (códigos e segmentos codificados), optando pela configuração das nuvens de palavras, permitindo identificar os temas mais frequentes e visualizar os conceitos-chave dentro deste contexto, emergindo assim os temas principais para o desenvolvimento do Portal Educativo.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

De acordo com a estratificação dos *blogs* pelos profissionais da saúde, 30% eram administrados por enfermeiras, 20% por pediatra e equipe multiprofissional, 20% por fonoaudióloga, 10% por odontóloga, 10% por enfermeira e nutricionista e 10% por radiologia e designer gráfico, sendo com origem 100% brasileira, conforme o quadro abaixo.

Quadro 2 - Quadro de seleção dos *blogs* por profissionais de saúde.

BLOG	AUTOR	ORIGEM DO PROFISSIONAL	INCLUÍDO
Unimaterna	Indianara Ferreira	Designer gráfico/fotógrafa	Sim
	Marília Bittencourt	Radiologia/doula/Consultora em AM/Acad. Enfermagem	
BG – Bruna Grazi Consultora em Amamentação	Bruna Grazi	Enfermeira	Sim
Casa Curumim – Pediatria e Aleitamento Materno	Alexandre Funcio + prof.	Pediatra e equipe multiprofissional	Sim
Amare pediatria especializada	Bruna Dariva	Pediatra e equipe multiprofissional	Sim
Aconchego consultoria em amamentação	Mônica Almeida	Fonoaudióloga	Sim
Mil dicas de mãe	Nívea Salgado	Odontóloga	Sim
AF Andreia Friques	Andreia Friques	Nutricionista e Enfermeira	Sim
VM Vanessa Mouffron	Vanessa Mouffron	Fonoaudióloga	Sim
Mãe coruja acessora materna	Bruna Collaço	Enfermeira	Sim
Amamentar é essencial	Soninha Silva	Enfermeira	Sim

Fonte: Os autores (2020)

De acordo com as temáticas voltadas à prática de amamentação, ficou evidente a constatação de que a pega no peito materno é uma das principais dúvidas das mulheres em amamentação, devido à causa mais frequente de dor, sofrimento, traumas mamilares, juntamente com a posição inadequada na amamentação. Destaca-se, ainda, os mitos relacionados à qualidade do leite materno: além da produção do leite materno que envolve muitos mitos, como leite fraco e pouco leite, mesmo as mulheres conhecendo os benefícios da amamentação, este tema sempre volta como um meio de empoderar a mãe neste período.

Diante do exposto, faz-se necessário abordar estes temas de forma que a mulher consiga compreender claramente a importância da pega no peito materno e da posição, pois, segundo Menezes (2014), a posição inadequada da mãe ou do bebê no momento da amamentação dificulta o posicionamento adequado da boca do bebê em relação ao mamilo e à auréola, resultando na pega inadequada. A pega inadequada, por sua vez, dificulta o esvaziamento da mama e leva a uma diminuição da produção do leite, além disso pode gerar lesões mamilares, causando desconforto e dor à mãe, bem como dificultar o ganho de peso por permanecer longo tempo no peito, ao bebê. (BRASIL, 2015; CORDEIRO et al., 2015; ALVES et al., 2017; TAVARES, 2017).

A interação harmoniosa entre a mãe e o bebê durante a amamentação, no que diz respeito à pega e posição, contribui de maneira positiva para a troca de olhares, de sorrisos, de carinhos, palavras de afeto e acalento, tão essenciais durante este processo (CORDEIRO et al., 2015; TAVARES, 2017).

A mulher precisa ter autonomia e liberdade ao amamentar, escolhendo a posição que melhor convém ao binômio (CORDEIRO et al., 2015; MENEZES, 2014; TAVARES, 2017). A posição para amamentar não é definitiva, podendo ser modificada e melhorada a cada mamada ou mesmo ao longo do processo de amamentação (CORDEIRO et al., 2015; ALVES et al., 2017; TAVARES, 2017).

Outro fator importante a ser ressaltado com as mulheres em amamentação sobre a produção do leite é o de que, nos primeiros dias após o nascimento o volume do leite materno é em pequena quantidade e vai aumentando, gradativamente, dependendo do quanto e com que frequência o bebê mama. (BRASIL, 2015; LAMOUNIER et al., 2015; MOURA, 2017).

Grande parte do leite materno é produzido durante a amamentação do bebê por estímulos provocados pela pega e sucção ao seio materno, havendo o estímulo de dois hormônios (prolactina e ocitocina). Porém, os estímulos sensitivos, tais como visão, cheiro e choro da criança e fatores de ordem emocional, como motivação, autoconfiança e tranquilidade podem causar produção e ejeção do leite. Por outro lado, a dor, o desconforto, o estresse, a ansiedade, o medo, a insegurança e a

falta de autoconfiança podem prejudicar este processo (BRASIL, 2015; JALDIN, SANTANA, 2015; GARCIA JÚNIOR, SANTOS, 2017).

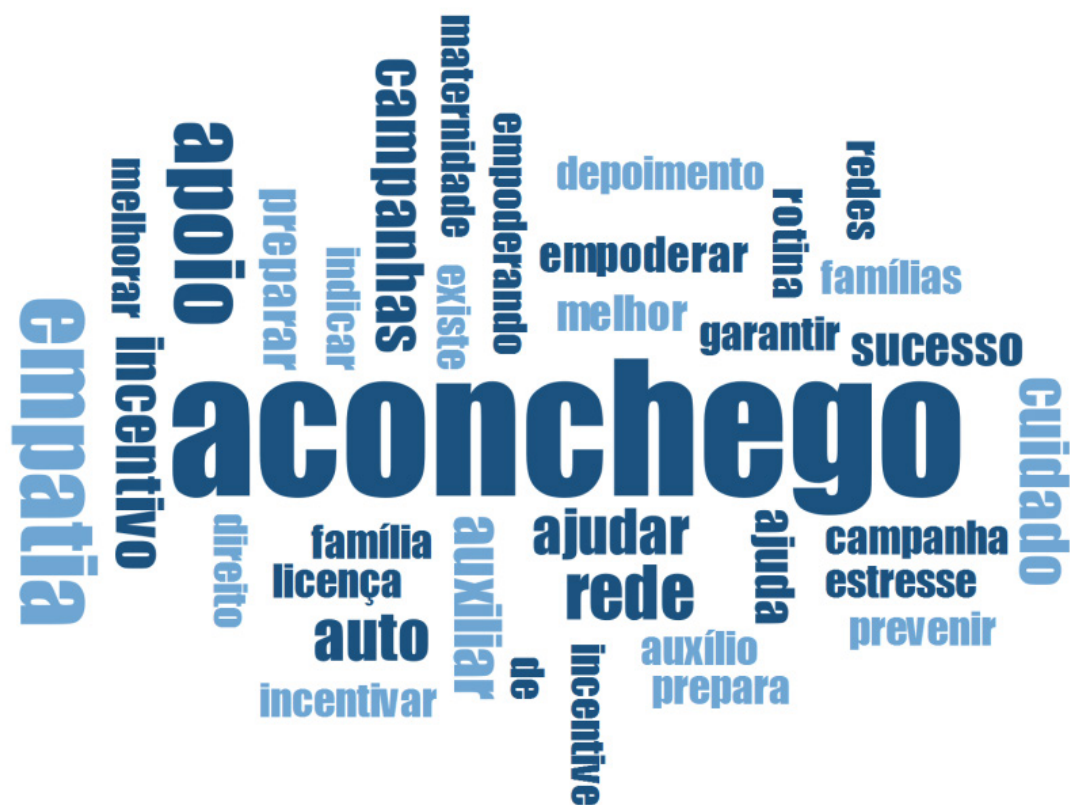
Tal experiência gera sentimentos de segurança e de proteção à criança e de autoconfiança e de realização para a mulher. Amamentação é uma forma muito especial de comunicação entre mãe e filho; é uma oportunidade de a criança aprender muito cedo a se comunicar com afeto e confiança, pois amamentar propicia o fortalecimento dos laços afetivos. (DIAS et al., 2015; BRASIL, 2015; BRASIL, 2017).

CATEGORIA 2: EMPODERAMENTO E AUTOEFICÁCIA MATERNA PARA O ALEITAMENTO MATERNO

O empoderamento e a autoeficácia materna são um processo social de reconhecimento, promoção e utilização das competências pessoais para reconhecer as suas próprias necessidades, resolver os seus próprios problemas e mobilizar os recursos necessários de modo a sentir controle em suas vidas (RODRIGUES et al., 2017).

A categoria de empoderamento e a autoeficácia materna para o aleitamento materno foi a segunda categoria que mais emergiu nos temas apresentados nos *blogs*, através de 18 conteúdos escritos, 30 imagens em sua maioria de mulheres em amamentação com seus filhos de forma empática e com a presença da família, quatro vídeos com temas voltados para a volta ao trabalho, importância da consultora na amamentação, estresse gerado pela amamentação e a importância da rede de apoio e formação do vínculo, além de seis comentários (quatro dúvidas e duas trocas de experiências entre mães e pai e consultora), sendo a segunda categoria mais procurada pelas mulheres em amamentação e, conforme a figura abaixo, pode visualizar-se o tema aconchego, empatia, rede e apoio como sendo partes fundamentais de empoderamento e autoeficácia materna no aleitamento materno.

Figura 2 - Empoderamento e autoeficácia materna para o aleitamento materno.



Fonte: Os autores (2020).

O aleitamento materno é uma atividade complexa para a mulher, pois não envolve apenas o desejo de amamentar, mas é um entrelaçamento físico, psíquico e social. Portanto, o apoio de familiares, sociedade e profissionais de saúde, durante o período de amamentação, é imprescindível, podendo ser um determinante na adesão e manutenção da amamentação. Logo, compreende-se que a rede de apoio pode influenciar a mulher frente à decisão de amamentar. Destaca-se que a mulher quando empoderada desta prática, não está expressando apenas a sua decisão, mas também os significados construídos durante toda a vida, seu contexto cultural, suas motivações e vivências, seus conhecimentos empíricos e científicos, suas experiências passadas e as de seus familiares e amigos, as interferências da mídia e a própria influência exercida por sua rede de apoio. Esta rede, somada à maior vulnerabilidade da mulher às influências múltiplas, devido à maternidade e ao processo de lactação, exerce interferência na decisão da mulher em manter ou não a amamentação (MONTE et al., 2013; PRATES et al., 2015).

Neste contexto o desejo de amamentar, na maioria das mulheres, aflora antes da concepção ou no primeiro trimestre da gestação, sendo fortalecido pelo apoio, aconchego, ajuda através da sua rede de apoio que as mães têm durante o período de amamentação (SILVA et al., 2011).

Nessa rede de apoio à mulher, observa-se o papel das avós (maternas e paternas) no auxílio com as atividades domésticas e cuidados com a criança, permanência ao lado da lactante, oferta de uma palavra de apoio e no compartilhamento de informações e conselhos. Essas práticas apoiadoras podem ser positivas ou negativas de acordo com as experiências das próprias avós, tanto na sua duração quanto no tipo de AM (MONTE et al., 2013; ANGELO et al., 2015).

Além do apoio dos avós, vale ressaltar que o envolvimento paterno na amamentação, nos primeiros dias após o nascimento, é de extrema importância para que haja continuidade do aleitamento materno. O conhecimento dos pais quanto aos benefícios da amamentação, assim como seu apoio, compreensão e suporte na tomada de decisões juntamente com as mães podem ser itens relevantes na hora em que elas oferecem o leite materno aos filhos (SILVA et al., 2011; LIMA et al., 2017).

Frente ao exposto, entende-se que o apoio dado à mulher por familiares, amigos profissionais de saúde durante o processo de amamentação, pode ser considerado um determinante no seu sucesso. Portanto, amamentação não é uma prática instintiva ou automática, é uma ação guiada pela subjetividade e experiência das mulheres, influenciada pelo contexto social em que vivem (PRATES et al., 2015).

CATEGORIA 3: PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO

Essa categoria tem em sua essência o processo educativo de construção de conhecimentos em saúde, que contribui para aumentar a autonomia da população no seu cuidado e no debate com os profissionais, a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2006).

Nesse contexto, na categoria analisada como práticas de educação em saúde na promoção do aleitamento materno foram encontradas poucas produções, somente um curso on-line para profissionais relacionado à consultoria em amamentação e um guia de amamentação, voltado às dúvidas e empoderamento materno frente ao processo de amamentar, 12 imagens, um relato de satisfação do curso e um vídeo. Contudo, dentre os temas abordados no curso e guia é possível identificar aspectos relacionados à utilização de tecnologias como consultoria, guia, utilização de copinho, bicos, mamadeiras, bem como os aspectos que envolvem os mitos e crenças da amamentação, conforme demonstramos na figura abaixo.

Figura 3 - Práticas de Educação em Saúde na Promoção do Aleitamento Materno.



Fonte: Os autores (2020)

Com o olhar sobre esta categoria diante dos *blogs*, observa-se que a prática de educação em saúde voltada à promoção do aleitamento materno vai ao encontro da tecnologia, a qual está presente na vida humana de forma a facilitar o cotidiano, permitindo assim que as tarefas consideradas impossíveis possam ser realizadas sem grandes esforços (GALDINO et al., 2018). No campo da educação, a tecnologia não é composta somente por materiais e equipamentos, sendo necessário ampliar esse conceito, inovando tecnologicamente a educação ao reconhecer que o uso criativo dos instrumentos existentes pode estimular o pensamento crítico e científico, levando ao desejo de manifestar opiniões, trocar ideias, conhecer o que o outro tem a ensinar (ASSUNÇÃO et al., 2013; GALDINO et al., 2018).

A análise dos Blogs permitiu reconhecer que muitas ações de promoção à saúde podem ser feitas nas redes sociais e mídias digitais, uma vez que a promoção da saúde apresenta estreita relação com a educação em saúde baseada na participação da comunidade, do reconhecimento de suas necessidades, crenças, valores e vivências no contexto cultural a que o sujeito pertence, relação estabelecida a partir de decisões em conjunto com os participantes do processo educativo e que assumem o compromisso de trocar experiências, vivências e conhecimentos (PENNA, 2007; VIEIRA, 2016).

Frente ao exposto, a análise do estudo revelou que a educação em saúde consiste em um dos pilares de consolidação da prática da amamentação, e a tecnologia uma forma de ampliar a promoção

do AM pelo profissional de saúde, pois forma redes de apoio, disponibiliza em tempo real folders, cartazes, cartilhas, manuais de orientação, chats, blogs, estabelecendo um meio de informação científica e rápida à mulher em amamentação, fortalecendo sua autoconfiança em prol do sucesso da amamentação e esclarecendo os mitos, crenças e diminuindo suas dificuldades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tecnologia virtual está cada vez mais inserida no cotidiano da sociedade, não sendo diferente na vida das mulheres e na prática do aleitamento materno; são contextualizados, assim, os temas de maior relevância para a construção do portal educativo visando à promoção, proteção e apoio às mulheres em amamentação.

Diante dos dados extraídos da análise dos *Blogs*, foi possível construir os materiais educativos como: textos informativos com imagens ilustrativas sobre benefícios à amamentação, pega correta em seio materno, posição para amamentar; produção de leite humano e empoderamento e autoeficácia materna na amamentação e vídeos intitulados: Olhar da avó sobre o aleitamento materno, papel do pai na amamentação, mulher e mãe empoderadas, pega do bebê ao seio materno e posição ao amamentar, o olhar e as necessidades maternas frente à amamentação.

Os temas e conteúdos voltados à necessidade real das mulheres em amamentação, propiciando assim uma estratégia de promoção, proteção e apoio ao AM e manutenção do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até os seis meses, conforme preconizado pela OMS.

REFERÊNCIAS

ALVES, DA et al. Educação em saúde no processo de posicionamento da mãe com o bebê durante a amamentação. **Revista Em Extensão**, Uberlândia, v. 16, n. 2, p. 242-252, 2017. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/revextensao/article/view/39400> Acesso em: 02 mai. 2020.

ANGELO, BH de B. et al. Práticas de apoio das avós à amamentação: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 15, n. 2, p. 161-170, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292015000200161&script=sci_arttext. Acesso em: 02 mar. 2020.

ASSUNÇÃO, APF et al. Práticas e tecnologias educacionais no cotidiano de enfermeiros da estratégia saúde da família. **Rev. Enferm UFPE**, Recife, v. 7, n. 11, p. 6329-6335, nov. 2013. Disponível em: www.scielo.br/pdf/reben/v71n3/pt_0034-7167-reben-71-03-1144.pdf Acesso em: 25 jun. 2020.

BARCELOS, PEL. et al. Blogs e redes sociais na atenção à saúde da família: o que a comunicação online traz de novo?. **Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**, [online], v. 14, n 1, p. 126-49, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1087269> Acesso em: 25 jun. 2020.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições, 2011.

BOCCOLINI, CS. et al. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, p. 108, 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rsp/2017.v51/108/pt/> Acesso em: 23 mai. 2020.

BRAGA, PP. et al. Utilização de software em análises de dados qualitativos: contribuições para resultados consistentes em investigações nas ciências da saúde. **CIAIQ2019**, [online] v. 2, p. 950-955, 2019. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2168> Acesso em: 04 jun. 2020.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa de prevalência de aleitamento materno em municípios brasileiros – situação do aleitamento materno em 227 municípios brasileiros**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2010, 63 p

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. Cadernos de Atenção Básica. Brasília, n. 23, 2015, 184 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno**. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. 68 p.

CORDEIRO, MT; VIANA AP. Postura, Posição e Pega Adequadas: um bom início para a amamentação. In: REGO José. Dias. (Ed). **Aleitamento Materno**. 3 ed. São Paulo: Atheneu; 2015. p. 161-184.

DIAS, RB; BOERY, RNS de O; VILELA, ABA. Conhecimento de enfermeiras e estratégias de incentivo da participação familiar na amamentação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 2527-2536, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2016.v21n8/2527-2536/pt/>. Acesso em: 10 mar. 2020.

DOTTA, S. Uso de uma mídia social como ambiente virtual de aprendizagem. Anais do XXII **Simpósio Brasileiro de Informática na Educação-SBIE**. Aracaju, 2011, p. 610-19. Disponível em: <http://www.br-ie.org/pub/index.php/sbie/article/view/1623> Acesso em: 01 mar 2020.

FOFONCA, E. Os Blogs como Mídia Digital na Educação: Diálogos Possíveis. **Razón y Palabra**, [online], v. 15, n. 74, p. 1-12, 2010. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1995/199516111015.pdf> Acesso em: 28 mar. 2020.

FONTANELLA, BJB; RICAS, J; TURATO, ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de saúde pública**, [online], v. 24, p. 17-27, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2008.v24n1/17-27/>. Acesso em: 06 jan. 2020.

GALDINO, YLS; MOREIRA, TMM; CESTARI, VRF. Construção e validação educativa: trabalhando inovações tecnológicas. In: MOREIRA, Thereza Maria Magalhães; PINHEIRO, Joana Angélica Marques; FLORENCIO, Raquel Sampaio; CESTARI, Virna Ribeiro Feitosa. **Tecnologias para a promoção e o cuidado em saúde**. Fortaleza: EdUECE, p. 35-49, 2018. Disponível em: http://uece.br/eduece/dmdocuments/TECNOLOGIAS_PARA_A_PROMOCAO_E_O_CUIDADO_EM_SAUDE.pdf. Acesso em: 04 mai. 2020.

GARCIA JUNIOR, EF; MEDEIROS, S; AUGUSTA, C. Análise documental: uma metodologia da pesquisa para a Ciência da Informação. **Temática**, Paraíba, v. 13, n. 07, p. 138-50, 2017. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/tematica> Acesso em: 19 mar 2020.

JALDIN, M.da GM; SANTANA, R. de B. Anatomia da mama e fisiologia da lactação. In: REGO, José Dias. (Ed). **Aleitamento Materno**. 3 ed. São Paulo: Atheneu; 2015. p. 41-54.

JUNIOR, WTL. Mídia social conectada: produção colaborativa de informação de relevância social em ambiente tecnológico digital. **LÍBERO**, (online) n. 24, p. 95-106, 2009. Disponível em: <http://201.33.98.90/index.php/libero/article/view/500> Acesso em: 22 jun. 2020.

JUNIOR, W. de M; SANTOS, T de M. Anatomia e fisiologia da lactação. In: Carvalho, Marcus Renato de; Gomes, Cristiane F. (Org). **Amamentação bases científicas**. 4ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017. p. 3-17.

LAMOUNIER, JÁ. et al. Composição do leite humano: fatores nutricionais. In: REGO, José Dias. (Ed). **Aleitamento Materno**. 3ª edição. São Paulo: Atheneu; 2015. p. 55-74.

LIMA, JP; CAZOLA, LH de O; PÍCOLI, Renata Palópoli. A participação do pai no processo de amamentação. **Cogitare enferm**, [online] v. 22, n. 1, p. 1-7, 2017. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/f9bd/59ff9cf1d3c7bca4c29e6963b021969a0efe.pdf> Acesso em: 20 jun. 2020.

MARCON, AR; BIEBER, M; AZAD, MB. Protecting, promoting, and supporting breastfeeding on Instagram. **Maternal & child nutrition**, [online], v. 15, n. 1, p.1-12, 2019. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/mcn.12658> Acesso em: 15 abr. 2020.

MARCONI, M de A; LAKATOS, EM. **Fundamentos de metodologia científica**. 8ª ed. São Paulo: Atlas, 2017.

MENEZES, L do SH de. Dor relacionada à prática da amamentação no puerpério imediato. **Fisioterapia Brasil**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 100-105, 2014. Disponível em: <http://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/322> Acesso em: 28 mai. 2020.

MENEZES, RR. et al. A importância da amamentação na formação de vínculos afetivos saudáveis entre mãe/bebê. **BIUS-Boletim Informativo Unimotrisaúde em Sociogerontologia**, [online] v. 12, n. 5, p. 1-15, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufam.edu.br/index.php/BIUS/article/view/6191> Acesso em: 23 jun. 2020.

MONTE, GCSB; LEAL, LP; PONTES, CM. Rede social de apoio à mulher na amamentação. **Cogitare Enfermagem**, [online], v. 18, n. 1, 2013. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/31321>. Acesso em: 02 mar. 2020.

MOURA, EC de. Nutrição e bioquímica. In: CARVALHO, Marcus Renato de; GOMES, Cristiane R. (Orgs). **Amamentação bases científicas**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017. p. 49-72.

NEVES, DM; SANTOS, MJDS. Babies born better: o uso do software MaxQDA na análise preliminar das respostas portuguesas à secção qualitativa do inquérito. **Revista Pesquisa Qualitativa**, [online] v. 6, n. 10, p. 124-135, 2018. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/210> Acesso em: 05 jun.2020.

OLIVEIRA, LF. et al. Conhecimento das puérperas sobre os benefícios da amamentação em ambiente hospitalar. **Cadernos da Escola de Saúde**, Curitiba, v. 18, n. 1, p. 1-22, 2018. Disponível

em: <https://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/cadernossaude/article/view/3784/3179>

Acesso em: 25 mai. 2020.

OLIVEIRA, MA de. et al. Diálogos sobre trabalho e saúde: análise da movimentação interativa nos blogs dos bombeiros do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [online], v. 23, p. 3297-3307, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n10/1413-8123-csc-23-10-3297.pdf> Acesso em: 25 jun. 2020.

PENNA, CMM. Realidade e imaginário no processo de viver de moradores em um distrito brasileiro. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n.1, 2007, p. 80-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n1/a10v16n1> Acesso em: 20 jun. 2020.

PRATES, LA; SCHMALFUSS, JM; LIPINSKI, JM. Rede de apoio social de puérperas na prática da amamentação. **Escola Anna Nery**, [online], v. 19, n. 2, p. 310-315, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452015000200310&script=sci_arttext. Acesso em: 02 mar. 2020.

REA, MF. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. **Jornal de Pediatria**. Porto Alegre, v. 80, n. 5. 2004. Disponível em: <http://www.ibfan.org.br/documentos/outras/nov%202004%20rea.pdf> Acesso em: 10 jan 2020.

ROBINSON, A. et al. Facebook support for breastfeeding mothers: A comparison to offline support and associations with breastfeeding outcomes. **Digital Health**, [online], v. 5, p. 1-12, 2019. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2055207619853397> Acesso em: 21 abr. 2020.

RODRIGUES, AP. et al. Promoção da autoeficácia em amamentar por meio de sessão educativa grupal: ensaio clínico randomizado. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 4, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072017000400321&script=sci_arttext. Acesso em: 18 jun. 2020.

ROLLINS, NC. et al. Por que investir e o que será necessário para melhorar as práticas de amamentação. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 25-44, 2016. Disponível em: <http://maternidadesemneura.com.br/wp-content/uploads/2017/11/investimento.pdf> Acesso em: 28 mai. 2020.

SANCHES, MTC. et al. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo de lactentes nascidos com baixo peso assistidos na atenção básica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, p. 953-965, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n5/13.pdf> Acesso em: 5 fev. 2020.

SANCHES, MTC. A prática fonoaudiológica no início da amamentação. In: Carvalho Marcus Renato, Gomes Cristiane R. (Orgs). **Amamentação bases científicas**. 4ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017. p. 108-31.

SILVA, BT. et al. Apoio paterno ao aleitamento materno: uma revisão integrativa. **Revista Paulista de Pediatria**, [online], v. 30, n. 1, p. 122-130, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rpp/v30n1/18.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2020.

SIMON, MAT. O uso de ferramentas online na educação: blogs e sites. **Revista Fronteira Digital**, [online], n. 5, 2016. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/fronteiradigital/article/view/1537> Acesso em: 23 jun. 2020.

TAVARES, CBG. Técnicas de Amamentação. In: CARVALHO, Marcus Renato, GOMES Cristiane R. (Orgs). **Amamentação bases científicas**. 4ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017. p. 145-162.

VENANCIO, SI. et al. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 86, n. 4, jul./ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v86n4/a12v86n4.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2020.

VICTORA, CG. et al. Amamentação no século 21: epidemiologia, mecanismos, e efeitos ao longo da vida. **Epidemiol Serv Saúde**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 1-24, 2016. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v25n1/Amamentacao1.pdf> Acesso em: 25 mai. 2020.

VIEIRA, F. de S. Educação em saúde para promoção do aleitamento materno: relato de um projeto de extensão. **Revista de Enfermagem da UFPI**, Piauí, v. 5, n. 2, abr/jun. 2016. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/2717/pdf>. Acesso: 03 abr. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guideline: protecting, promoting and supporting breast-feeding in facilities providing maternity and newborn services**. Geneva. 2017. Disponível em: <https://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/breastfeeding-facilities-maternity-newborn/en/> Acesso em: 20 mar 2020

CAPÍTULO 7

PLANEJAMENTO DO TRABALHO E A UTILIZAÇÃO DE INSTRUMENTOS GERENCIAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO DA LITERATURA

JACQUELINE HERMES

CARINE VENDRUSCOLO

DENISE ANTUNES DE AZAMBUJA ZOCHE

ROSANA AMORA ASCARI

INTRODUÇÃO

Atenção Primária à Saúde (APS) é o termo utilizado internacionalmente, para se referir à estratégia de organização da atenção à saúde, de forma a diferenciar por índices de assistência, também chamada regionalização. O objetivo é um atendimento contínuo e sistematizado, por meio de ações preventivas, curativas e de promoção da saúde, voltadas às necessidades de saúde do indivíduo e da comunidade. Alguns países utilizam o termo APS como um conjunto de ações de saúde de baixa complexidade para o atendimento de pessoas de baixo poder aquisitivo. Para se contrapor a isso e contemplar o caráter da universalidade, acordado na Declaração de Alma-Ata nacionalmente, utiliza-se a expressão Atenção Básica (AB) como um

modelo de reorientação assistencial em busca de um sistema universal e integrado de atenção à saúde (OLIVEIRA, PEREIRA, 2013).

A AB é considerada o primeiro ponto de atenção e a principal porta de entrada da população aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que a forma prioritária para sua expansão e consolidação ocorre pela Estratégia Saúde da Família (ESF), centro de comunicação e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Responsável por direcionar o acesso às ações e serviços ofertados à população, a ESF exerce papel estratégico na RAS, visando à efetiva integralidade na assistência. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) considera AB e APS como termos equivalentes e os associa, igualmente, aos princípios e diretrizes definidos na Política (PORTELA, 2017; BRASIL, 2017).

Em relação à organização dos serviços de saúde e as atribuições de responsabilidade das três esferas de governo, a PNAB orienta: estabelecer prioridades, estratégias e metas à organização da AB; desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação dos trabalhadores para a gestão e atenção à saúde; implantar Sistemas de Informação e garantir seu uso qualificado; planejar, apoiar, monitorar e avaliar as ações da AB. Compete à esfera municipal observar a realidade local e reorganizar em seu território os processos de trabalho (BRASIL, 2017).

Para alcançar todos os objetivos a que a AB se propõe, conta-se com o processo organizado de trabalho das equipes de saúde da família (eSF) ou equipes de AB (eAB), por meio de planejamento e realização de ações coordenadas, direcionadas à melhoria das condições de saúde da população no campo individual e coletivo. Nesse contexto, há muitos desafios a serem superados, como a utilização de instrumentos que orientem a organização do trabalho das equipes; dentre eles: saberes e métodos e a combinação de tecnologias, que podem facilitar o alcance dos objetivos da AB (FONTANA, LACERDA, MACHADO, 2016).

O uso de tecnologias pode contribuir e facilitar a organização do trabalho e dos trabalhadores de saúde. No campo da saúde, a tecnologia pode ser compreendida como um conjunto de ferramentas que envolvem recursos materiais: equipamentos, máquinas, instrumentos. Ao mesmo tempo, há os chamados recursos imateriais: que são os conhecimentos necessários para operar os instrumentos materiais, habilidade no processo de trabalho, forma de organização do trabalho e as relações (SORATTO et al., 2015).

A função gerencial em saúde é composta por saberes, processos, técnicas e tecnologias. Os instrumentos utilizados nessa prática envolvem planejamento, dimensionamento, capacitações, as

avaliações de desempenho, supervisão, materiais, equipamentos e recursos físicos. Cabe ressaltar que os diferentes saberes sobre qualquer que seja o instrumento utilizado facilitam o trabalho do gerente, de modo que possa reunir informações que subsidiem condições para articular a organização do processo de trabalho junto aos trabalhadores da saúde. É essencial lembrar que, ao final, independente do instrumento ou tecnologia utilizada, o objeto é o ser humano ao qual é prestado o cuidado e o objetivo é a prestação da assistência em saúde (ROMAGNOLLI et al., 2014).

Os caminhos percorridos nos mais de 30 anos de história do SUS demonstram sua evolução e, ao mesmo tempo, a necessidade constante de aprimoramento, seja por parte das equipes, dos profissionais, da gestão, da infraestrutura e recursos, em busca da organização do trabalho e dos conhecimentos disponibilizados ao trabalhador na busca da prestação do cuidado integral, de qualidade e resolutivo. O processo de inovação nos modos de produzir saúde, mediado por tecnologias materiais e imateriais é fortemente impactado pela dinamicidade das tecnologias, o que influencia a organização e a gestão do trabalho em saúde. Nesse sentido, uma das preocupações atuais é o planejamento das ações, avaliação das ofertas e serviços da AB, considerando a própria ESF como uma inovação tecnológica não material (SORATTO et al., 2015).

Teve-se, portanto, neste estudo, o objetivo de investigar na literatura científica a utilização de instrumentos gerenciais e sua contribuição à organização e planejamento do processo de trabalho na APS/AB.

MÉTODO

Considerando o planejamento necessário para a realização de uma Revisão Integrativa (RI), seguiu-se nesta pesquisa o roteiro do “Protocolo para Desenvolvimento de Revisão Integrativa” (ZOCCHÉ et al., 2020), devidamente validado por profissional com expertise na temática e no método. Para isso, respeitou-se a seguinte ordem: elaboração da questão norteadora da pesquisa; escolha das bases de dados; seleção dos descritores; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; seleção da amostra; leitura, análise e interpretação dos resultados.

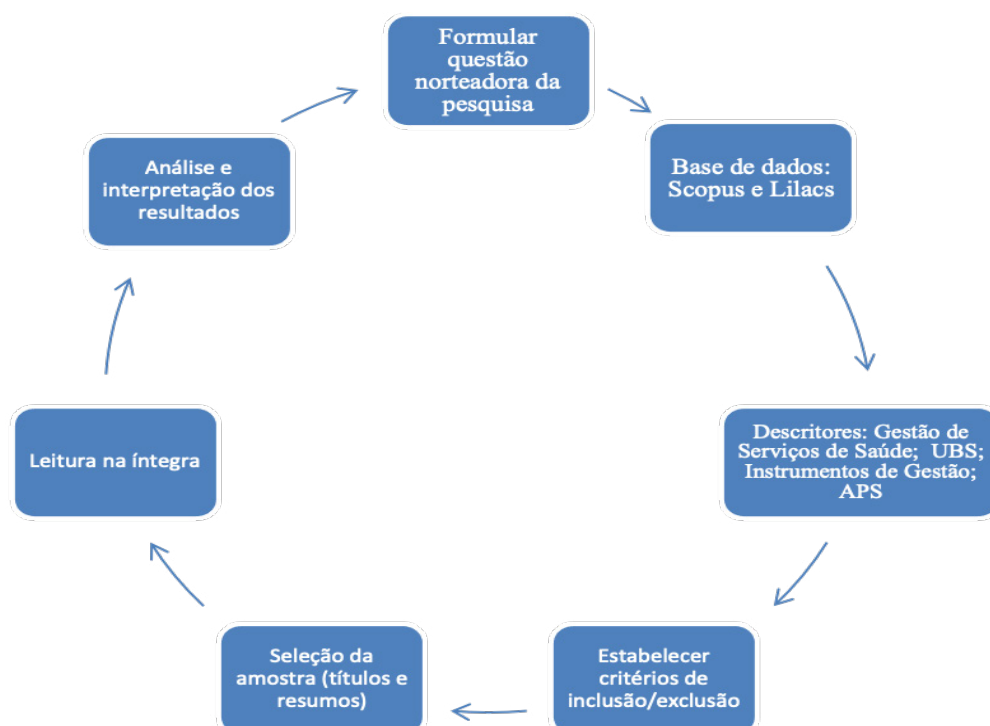
A busca dos trabalhos foi realizada durante o mês de outubro de 2018, em consulta a duas bases de dados: Scopus e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs). Foram utilizados os seguintes descritores: Gestão de Serviços de Saúde, Unidade Básica de Saúde, Instrumentos de Planejamento e Atenção Primária à Saúde. Os descritores foram cruzados com o uso do operador booleano “and” da seguinte forma: Cruzamento 01 - Gestão de Serviços de Saúde

AND Unidade Básica de Saúde AND Instrumentos de Planejamento; Cruzamento 02 - Gestão de Serviços de Saúde AND Unidade Básica de Saúde AND Atenção Primária à Saúde; Cruzamento 03 - Unidade Básica de Saúde AND Instrumentos de Planejamento AND Atenção Primária à Saúde; Cruzamento 04 - Instrumentos de Planejamento AND Atenção Primária à Saúde AND Gestão de Serviços de Saúde.

Para selecionar estudos que atendessem ao nosso objetivo, aplicaram-se critérios de inclusão sobre os referenciais achados, como: artigos originais, texto completo disponível, publicações nos idiomas português, inglês e espanhol, com data de 2014 a 2018, disponíveis eletronicamente e que abordem a temática “utilização de instrumentos gerenciais e sua contribuição na organização e planejamento do processo de trabalho na APS/AB”. Foram excluídos artigos duplicados, estudos fora do tema da pesquisa, revisão de literatura, reflexão e editoriais.

Desse modo, realizou-se a seleção da amostra que, a partir do cruzamento dos descritores nas duas bases de dados, totalizou 1058 publicações. Com a aplicação de critérios de inclusão e exclusão foram elencados 177 artigos na Scopus e 32 artigos no Lilacs, totalizando 209 artigos. Procedeu-se a leitura criteriosa de títulos e resumos, tendo em vista a questão norteadora; desse modo, foram excluídos 196 artigos e 13 foram selecionados para a leitura na íntegra, representando o corpo desta pesquisa.

Figura 1 - Imagem ilustrativa do caminho percorrido para a realização da RI:



Fonte: Banco de dados dos Autores (2018).

Os estudos foram lidos na íntegra e os dados tratados por meio da análise temática, proposta por Bardin (2011), a qual é composta por três etapas distintas, sendo elas: pré-análise, exploração dos achados e tratamento dos resultados. O processo de pré-análise foi realizado através de leitura flutuante do material e organização dos artigos, sendo que os dados foram registrados em formulário em uma pasta no *Word*®, de forma a registrar os principais achados, de acordo com o foco do estudo. Na segunda etapa, compreendida como exploração, os artigos foram estudados com maior detalhamento, com a finalidade de identificar a relação com a pergunta norteadora da pesquisa. Essa etapa realizada deu origem a duas categorias temáticas: coordenação do cuidado e o papel do gerente na organização das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e utilização de ferramentas e instrumentos gerenciais nos serviços de saúde. Por conseguinte, o tratamento dos resultados se deu com o confronto dos achados da RI com outros autores sobre a temática e a interpretação dos autores deste estudo sobre todo o material.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O caminho percorrido para a construção desta RI resultou em uma amostra final que se constituiu de 13 artigos relacionados ao foco deste estudo, sendo destes 10 encontrados na base de dados Scopus (77%), três na Lilacs (23%). Os artigos incluídos nesta revisão foram referenciados com a letra “E” de estudo e acrescido de números arábicos de 1 a 13 e estão apresentados no Quadro 1, que expressa a caracterização dos estudos, segundo o título do manuscrito, tipo de estudo e abordagem metodológica, periódico e ano de publicação.

Quadro 1 - Caracterização dos estudos publicados acerca da organização e planejamento na Atenção Primária à Saúde. Chapecó – SC, Brasil (continua):

SEQUÊNCIA E TÍTULO DO ESTUDO (E)		TIPO OU ABORDAGEM	PERIÓDICO	ANO
ES1	Gerência de unidade básica de saúde em municípios de diferentes portes: perfil e instrumentos gerenciais utilizados.	Estudo transversal descritivo, abordagem quantitativa	Rev Esc Enferm USP	2014
ES2	Análise das práticas gerenciais na Atenção Primária à Saúde nos municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil.	Estudo de abordagem quantitativa	Ciência & Saúde Coletiva	2014
ES3	Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros.	Estudo de abordagem quantitativa	Caderno de Saúde Pública/Rio de Janeiro	2015
ES4	Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações à produção do cuidado e a gestão do trabalho.	Estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa	Ciência & Saúde Coletiva	2015
ES5	Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro.	Estudo de caso (estudo avaliativo)	Ciência & Saúde Coletiva	2017
ES6	A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora.	Estudo de caso	Ciência & Saúde Coletiva	2017

SEQUÊNCIA E TÍTULO DO ESTUDO (E)	TIPO OU ABORDAGEM	PERIÓDICO	ANO	
ES7	Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários.	Estudo de caso, com abordagem quantitativa e qualitativa	Ciência & Saúde Coletiva	2017
ES8	Análise dos atributos dos cuidados primários em saúde, utilizando os prontuários eletrônicos na cidade do Rio de Janeiro.	Estudo de painéis repetidos	Ciência & Saúde Coletiva	2017
ES9	O Programa Articuladores da Atenção Básica: uma proposta inovadora à qualificação da Atenção Básica.	Estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa	Ciência & Saúde Coletiva	2017
ES10	Formação para o Apoio Matricial: percepção dos profissionais sobre processos de formação	Estudo exploratório de abordagem quantitativa e qualitativa	Physis Revista de Saúde Coletiva	2017
ES11	Necessidade e dinâmica da força de trabalho na Atenção Básica de Saúde no Brasil.	Estudo descritivo analítico, abordagem quantitativa	Ciência & Saúde Coletiva	2018
ES12	Vínculo longitudinal na Saúde da Família: Construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços.	Estudo exploratório, abordagem qualitativa	Physis Revista de Saúde Coletiva	2018
ES13	Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção.	Estudo de abordagem qualitativo	Ciência & Saúde Coletiva	2018

Fonte: Banco de dados dos Autores (2018).

De maneira geral, os artigos analisados trazem aspectos bem amplos quando relacionados à organização do processo de trabalho em saúde. São abordados desde aspectos gerenciais de ordem material e instrumental até posturas de comunicação e relacionamento interpessoal que possam interferir no trabalho. Nesse sentido, é possível utilizar-se de algum fragmento que se relacione ao tema proposto no estudo, pois, embora cada material estudado se atente para uma ótica específica, todos, em algum momento, remetem à organização dos serviços de saúde e citam a utilização de ferramentas organizacionais ou a falta delas no cotidiano de trabalho. Desse modo, os artigos apresentam um conjunto de ideias, ações e ferramentase instrumentos que contribuem à organização do processo de trabalho na AB.

A maioria dos estudos selecionados foi publicado no ano de 2017, seis artigos (46%), sendo 2014 e 2015 com dois estudos cada (15,4%) e 2018 com três (23,2%). Quatro dos estudos são de natureza quantitativa (30,8%) e quatro representam abordagem qualitativa (30,8%), seguidos por estudo de caso, três artigos (23%) e dois estudos que apresentam abordagem quantitativa e qualitativa simultaneamente (15,4%). A revista Ciência & Saúde Coletiva é a que apresenta maior número de publicações com esta temática, nove (69,2%).

No quadro 2 é apresenatada uma visão a partir da análise do material exposto nos artigos, extraindo-se os temas essenciais que se correlacionam para a discussão. Estão organizados conforme categoria temática, destacando características convergentes com o foco do estudo, qual seja, instrumentos de gestão e sua contribuição à organização e planejamento do processo de trabalho na APS.

Quadro 2 - Síntese dos resultados conforme eixo temático, características dos achados e o estudo no qual está descrito. Chapecó – SC, Brasil.

EIXO TEMÁTICO	CARACTERÍSTICAS	ESTUDO
1) Coordenação do cuidado e o papel do gerente na organização das UBS:	#Funções e características dos gerentes de saúde;	1; 9
	# Baixa qualificação dos gerentes e ou gestores;	1; 2; 9
	#Inexistência de protocolos clínicos institucionalizados;	1; 2; 5
	# Relatos de Coordenação do Cuidado.	5,7
2) Utilização de ferramentas e instrumentos gerenciais nos serviços de saúde:	# A importância do uso de instrumentos gerenciais para a organização e gestão do trabalho;	1; 2; 5; 6; 8; 13
	#Ferramentas mais utilizadas: matriciamento, epidemiologia, reuniões de equipe;	1; 2; 4; 6; 10; 12
	#Vínculo e acolhimento;	12; 13
	# Informatização e utilização de tecnologias na APS;	1; 5; 6; 7
	# Insumos e equipamentos; Número suficiente de profissionais e equipes.	2; 3; 4; 11; 13

Fonte: Banco de dados dos Autores (2018).

COORDENAÇÃO DO CUIDADO E O PAPEL DO GERENTE NA ORGANIZAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

O processo de planejamento é uma prática obrigatória nos serviços de saúde em todas suas esferas de atuação; desse modo, cada ente federativo assume sua responsabilidade através de ações contínuas e integradas. A descentralização para os entes federados é uma das conquistas dos últi-

mos anos, mas os resultados desse cenário instigam reflexão, pois ao mesmo tempo em que torna possível um olhar para o trabalho e a melhoria da saúde com foco em realidades locais, também, enfraquece a capacidade de oferta de serviços e o planejamento das ações em saúde (BRASIL, 2016).

Conforme estudo de Bousquat e colaboradores (ES7) em que foi avaliada a coordenação do cuidado em regiões de saúde, sob o olhar de gestores e usuários, sendo para isso entrevistados gestores gerentes (gestores municipais e regionais, coordenadores da APS nos municípios e gerentes de UBS) e usuários. Em tal estudo não é reproduzido um perfil dos profissionais gestores gerentes, como a sua formação profissional, cargo que exerce dentro do município, tipo de contratação, informações que poderiam ser relevantes para reflexão sobre os achados da pesquisa. Os autores citam a necessidade de mais pesquisas que busquem identificar as potencialidades das eAB em assumir a coordenação, pois reconhecem que, atualmente, o termo coordenação tem diferentes significados para atores diferentes, sem uma definição amplamente desenvolvida. Também, cita a importância de um trabalho integrado entre os três entes federados (BOUSQUAT et al., 2017).

Aleluia et al., (2017) (ES5) retratam num estudo de caso com vistas a descrever a coordenação do cuidado na APS. Os autores utilizam entrevistas semiestruturadas com gestores da APS e profissionais das (eSF). Para tal, entrevistaram os apoiadores de distrito sanitário e o diretor de AB (representando a gestão municipal); médicos e enfermeiros das ESF (representando os profissionais da eSF), justificaram a escolha, referindo que são os profissionais mais envolvidos em atividades de coordenação do cuidado. São citados obstáculos para a coordenação do cuidado: problemas relacionados ao processo de trabalho das equipes e ao apoio da gestão, bem como, na organização da oferta de serviços. Destaca como fragilidade a não padronização de condutas e não utilização de protocolos rotineiramente, sendo que podem melhorar a qualidade da assistência prestada.

Em ES5 e ES7, os autores descrevem que a ineficiência na coordenação do cuidado, também, pode estar associada à inexistência ou precariedade de sistemas informatizados e de outras tecnologias de informação e comunicação, sendo essencial investir na comunicação entre a AB com os demais pontos da RAS que integram o Sistema, construindo um consistente arranjo regional e uma relação sólida entre os três entes federados (ALELUIA et al., 2017; BOUSQUAT et al., 2017).

Nessa direção, Romagnolli et al., (2014) cita outro fator que pode ocasionar dificuldades nos serviços de saúde: ano eleitoral e troca de gestão, considerados momentos críticos no âmbito da gerência em saúde. Isso se observa especialmente em municípios de pequeno porte, nos quais a saúde pode ser vista e utilizada como moeda de troca, e qualquer ação pode gerar algum impacto.

Em âmbito municipal, o papel de planejar e articular as ações nos serviços de saúde na APS não está bem definido e nem direcionado a uma categoria profissional. A PNAB descreve algumas tarefas que podem ser consideradas de ordem organizacional, como atribuição comum a todos os membros que compõem eAB: participar do mapeamento e territorialização da área de atuação, utilizar sistemas de informação vigentes à atualização de informações de saúde dos indivíduos, bem como para planejamento, investigação, gestão e avaliação dos serviços (BRASIL, 2017) .

Em sua última versão no ano de 2017, a PNAB recomenda a inclusão do cargo de “gerente da atenção básica”, objetivando que este profissional venha a contribuir na qualificação do processo de trabalho na UBS. O gerente de saúde assume função técnico-gerencial, com vistas a fortalecer atenção à saúde da população através dos serviços prestados pelos profissionais das equipes, sendo que a necessidade de inclusão deste profissional deve ser avaliada pelo gestor local e contemplar uma necessidade. Esse profissional deve ser qualificado, preferencialmente, tendo grau superior e, ainda, o gerente de AB não pode ser um profissional integrante das equipes vinculadas à UBS (BRASIL, 2017).

Contudo, não há uma padronização no planejamento das ações e serviços ofertados na AB, através das UBS, e não há responsabilidade de uma categoria profissional específica para essas funções, com exceção dos municípios que possuam gerentes de saúde. O que se observa na prática dos serviços de saúde é que cada município e região se organizam conforme o olhar da gestão local.

Nesse sentido, ES9 relata uma experiência do estado de São Paulo, o qual, com a intenção de corrigir as falhas e aperfeiçoar a AB, criou em 2009 um programa que originou uma nova função profissional: articulador da AB. Pode ser considerada uma política de apoio do estado aos municípios, priorizando aqueles com população inferior a 100 mil habitantes, no intuito de auxiliar os gestores locais na qualificação da AB e no fortalecimento deste patamar de atenção. No entanto, a Resolução que regulamentou este projeto não especifica o que se espera deste profissional e quais suas atribuições específicas na prática. Além disso, os articuladores da AB sinalizam como dificuldade o despreparo dos gestores municipais, em decorrência de serem cargos políticos e não pessoas com formação na área (DORICCI et al., 2017).

Essa categoria profissional – “articulador da AB” – instituída no estado de São Paulo se assemelha à categoria de gerente de AB citada na nova PNAB. Com a experiência relatada em ES9, é possível perceber a importância da presença de uma pessoa qualificada no planejamento da AB e como suporte as equipes, porém, também, ficam evidentes algumas fragilidades a serem trabalha-

das, como a forma de contratação desses profissionais, padronização de instrumentos gerenciais para o trabalho, entre outras (DORICCI et al., 2017).

A finalidade do trabalho dos gerentes de saúde é organizar os serviços na AB, de forma que o usuário tenha um atendimento mais humanizado. Porém, a prática, muitas vezes, com imprevistos ao longo do dia faz com que o trabalho gerencial fique em segundo plano; dessa forma, menos efetivo. Percebeu-se que até mesmo os gerentes que relatam clareza sobre o objetivo da sua função, ao mesmo tempo referem dificuldade no exercício do gerenciamento (ROMAGNOLLI et al., 2014).

Em ES2, Ohira et al., (2014) expressam que a gerência dos serviços de saúde implicará, diretamente, a qualidade e resolutividade da assistência prestada, pois a organização e o planejamento das ações estão diretamente relacionadas à eficiência da assistência, à tomada de decisões e à resolutividade das necessidades da população. Para isso, o gerente de UBS deve conservar habilidades de saúde e administração, bem como manter um comprometimento incessante com a equipe e comunidade onde esteja inserido. Nessa lógica, descreve-se, aqui, as práticas gerenciais utilizadas em municípios de pequeno porte do estado do Paraná, evidenciando a ausência ou desqualificação de uma base técnica na gestão dos serviços de saúde (OHIRA et al., 2014).

No estudo de Carvalho et al., (2014) (ES1), os autores buscaram identificar as características dos gerentes das UBS, a fim de identificar suas disparidades de perfil, de acordo com os municípios em que atuam. Ficou demonstrado que, nos municípios menores, o perfil dos profissionais gerentes de UBS foi de pessoas mais jovens, com pouca experiência profissional que, associada à falta de instrumentos das instituições de saúde, resulta em baixa capacidade de gestão e podem influenciar, negativamente, nos problemas organizacionais do processo de trabalho.

No que se refere à formação profissional dos gerentes das UBS, avaliados no estudo de Carvalho et al., (2014) (ES1), todos os 108 participantes possuíam graduação, sendo que 99,1% em enfermagem, com predomínio significativo do sexo feminino, 96,3% do total. A designação ao cargo em 86,7% dos pesquisados foi por indicação do secretário ou diretor de saúde.

Nas UBS o enfermeiro é apontado como o profissional que mais desenvolve a função gerencial no dia a dia, porém de forma informal e sem remuneração específica para tal atribuição. Os enfermeiros relatam que a gerência associada a diversas atividades assistenciais gera sobrecarga e interfere no bom andamento do serviço, motivo de estresse e insatisfação com o trabalho (ROMAGNOLLI et al., 2014; NUNES et al., 2016).

Neste eixo temático é confirmado – através de estudos - que a gerência nas UBS dos municípios avaliados é realizada de forma informal, em sua maioria sem uma padronização nos profissio-

nais responsáveis pela gerência e não cita se ocorre gratificação aos que desempenham a gestão para além de suas atribuições específicas da categoria profissional.

Contudo, percebe-se que o profissional responsável pela gestão das Unidades não pertence a uma categoria profissional específica, podendo variar de acordo com cada realidade. Os profissionais mais citados frente a esta função foram enfermeiros; além disso, ficou evidente que as ações gerenciais podem sofrer interferências externas, de acordo com o perfil do município, política local, a formação e experiência das pessoas responsáveis pela gestão.

UTILIZAÇÃO DE FERRAMENTAS E INSTRUMENTOS GERENCIAIS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O gestor dos serviços de saúde do SUS deve utilizar o planejamento durante sua prática como forma de assegurar os princípios constitucionais. Planejar exige conhecimento técnico e a utilização de instrumentos e ferramentas no processo de trabalho, de forma a garantir a integração da organização sistêmica em todas as esferas de governo (BRASIL, 2016).

A AB, através das eSF e das UBS, é considerada porta de entrada da população aos serviços de saúde oferecidos pelo SUS. Em ES1, Carvalho et al., (2014) descrevem que para a AB desempenhar o papel que lhe cabe, é necessário que se faça constantemente, o planejamento de ações e serviços; para isso os instrumentos gerenciais emergem como forma de facilitar e contribuir na organização do trabalho e, do mesmo modo, à gestão (CARVALHO et al., 2014).

Em seu estudo, Carvalho et al., (2014) (ES1) retratam a análise do uso de instrumentos gerenciais em UBS de municípios de diferentes portes; observam o uso expressivo destes instrumentos na organização e gestão do trabalho, porém com menor aplicação em municípios de pequeno porte. Além disso, sinalizam para o adequado conhecimento dos indicadores de saúde e sua utilização no planejamento e avaliação das ações, sendo os mais citados: coeficiente de mortalidade infantil e materna, cobertura vacinal, de pré-natal e de citologia oncológica, prevalência de hipertensão arterial, de diabetes mellitus, de tuberculose e de hanseníase e incidência da dengue. Em todas as questões avaliadas, neste estudo, os municípios de médio e grande porte se sobressaíram em relação aos de pequeno porte no que se refere ao uso de instrumentos de gerência das unidades básicas de saúde.

Para Romagnolli et al., (2014), os instrumentos do trabalho gerencial se constituem em saberes, técnicas e tecnologias, são importantes ferramentas tanto à organização do trabalho quanto para o planejamento. Para isso, cumpre destacar a importância do setor de epidemiologia, impor-

tante instrumento que subsidia avaliações e o planejamento das ações de saúde, mediante caracterização da área onde se situa e reconhecimento da situação e dos problemas existentes.

Conforme Ohira et al., (2014), em ES2, pesquisa realizada com gerentes de saúde em municípios de até 20.000 habitantes no norte do Paraná, foi identificado que a maioria dos profissionais realiza alguma ação de planejamento, como: reunião de equipe, 85,6% dos entrevistados e planejamento das ações 73,3%. Porém, foram identificadas algumas carências, especialmente, no que diz respeito à qualificação dos gestores, profissionalismo e preparo, sendo insuficientes.

Além de conhecer e utilizar indicadores de saúde e instrumentos gerenciais é citado como essencial à avaliação de desempenho da equipe. Esta é uma das práticas menos citadas no ES2, demonstrada em estudo, ou seja, avaliar o desempenho e as competências profissionais não é uma cultura muito presente nas práticas dos serviços de saúde. Esse aspecto é visto como negativo, considerando que a avaliação da equipe pode alinhar com os objetivos e organização da rede como um todo (OHIRA et al., 2014).

Para Santos, Romano, Engstrom, 2018 (ES12), o vínculo é predicado necessário na prática de organização dos serviços de saúde, como apoiador das relações entre profissionais das equipes e entre o contato com o usuário, capaz de tornar possível o sentimento de empatia e, desse modo, incentivar maior adesão ao tratamento e, conseqüentemente, melhor resultado no processo de saúde-doença.

A construção do vínculo segundo Santos, Romano, Engstrom, 2018 (ES12) proporciona um ambiente melhor à prestação do cuidado. Para que isso auxilie na organização dos serviços de saúde, é necessário buscar um equilíbrio entre o cuidar e as funções burocráticas. O vínculo deve servir como elo facilitador das práticas gerenciais e, ao mesmo tempo, incentivador de um espaço diferenciado à prestação do cuidado das necessidades da população, onde o contexto familiar e comunitário, bem como o incentivo às práticas de autocuidado seja priorizado.

Outro mecanismo que assume relevante espaço na AB é o acolhimento. Santos, Mishima, Merhy, 2018 (ES13) referem que as pessoas à procura de atendimento nas UBS nem sempre sofrem de patologias crônicas ou agudas, algumas adoecem pela vulnerabilidade social em que estão inseridas e encontram nos profissionais de saúde um ambiente seguro e acolhedor. Os autores destacam a importância da escuta e acolhimento de qualidade, bem como a necessidade de ampliação e facilitação do acesso através da clínica compartilhada e de uma equipe multiprofissional.

Lopes et al., (2015) afirmam que o acolhimento e o vínculo são ferramentas que devem estar presentes em todas as relações de cuidado. Através delas, é possível viabilizar a humanização do

cuidado, ampliar o acesso da população aos serviços de saúde, na ideia do acesso universal, com reflexão e melhor resolução de problemas, coordenação dos serviços e boa relação entre profissionais da saúde e usuários do Sistema.

Considerada uma ferramenta essencial nas ações de planejamento é a equipe de profissionais atuantes nos serviços de saúde pública, ES4, de Matuda et al., (2015) relata a evolução do SUS ao longo dos anos no Brasil. Nessa direção, a AB é reconhecida como modelo transformador, recurso capaz de ampliar as ações e serviços e melhorar indicadores de saúde. Com esse pensamento, buscou-se uma estratégia para apoiar a inserção da ESF e surgiu, em 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), como forma de estender a oferta de serviços prestados através de uma equipe especializada. A variedade de profissionais por si só não é garantia de qualidade na assistência; essa nova proposta de configuração de trabalho propicia espaços de reflexão e interação entre os profissionais, facilitando o planejamento e gestão dos serviços.

Carvalho et al., (2018) (ES11) descrevem sobre a crescente força de trabalho na AB de saúde no Brasil, com significativo crescimento dos profissionais e empregos em saúde a partir da década de 80. O SUS é o principal empregador do país, detém 60% dos estabelecimentos de saúde, com cerca de 80% da força de trabalho desse setor que presta atendimento a aproximadamente 80% da população. De modo geral, as profissões que podem compor as equipes NASF manifestaram crescimento superior, muito acima dos percentuais de contratação de enfermeiros e médicos, por exemplo, que compõem a equipe mínima prevista da SF (Saúde da Família) e AB, conforme prescrito na PNAB.

O apoio matricial realizado pelo NASF (atualmente, designado pela nova PNAB como Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica – Nasf-AB) é reconhecido como importante ferramenta para um trabalho integrado, visando a uma melhor resolutividade da assistência. Em ES4, os autores descrevem opiniões contraditórias dos profissionais atuantes em eSF que recebem suporte de equipe NASF. Alguns relatos demonstram a não valorização do trabalho compartilhado como, por exemplo, quando um profissional cita ser perda de tempo as reuniões de equipe, quando na verdade ele preferia encaminhar o caso ao especialista em vez de discutir em equipe. Enquanto isso, outra parte dos participantes descreveram as reuniões como oportunidade de troca de saberes e experiências que resultam em benefícios para sua atuação profissional (MATUDA et al., 2015).

Em discordância, Oliveira e Campos (2017), descrevem que os profissionais entrevistados em seu estudo (ES10) referem que as reuniões de território são espaços que contribuem à reflexão e planejamento das ações em equipe e se utilizam desses momentos como oportunidade para trabalhar na lógica do apoio matricial, fazendo um arranjo na sua realidade de atuação. Cita,

ainda, uma barreira, a falta de qualificação por parte de alguns profissionais para o enfrentamento de situações emergentes nas discussões de equipe, sendo muitas vezes deixadas de lado sem a busca conjunta de uma solução.

O *modus operandi* do Nasf-AB coloca em destaque a cogestão de coletivos, que incentiva uma gestão democrática e aproxima a gestão e as práticas em saúde com a participação dos sujeitos em coletivos. O método Paideia, também conhecido como Método da Roda, é uma proposta de cogestão de coletivos, de forma que avalia as instituições contemporâneas e ao mesmo tempo apresenta um método de apoio. Sustenta-se no conceito de coprodução de sujeitos, instrumento que permite a construção de conhecimento único entre as equipes multidisciplinares. É reconhecida, por intermédio desse método, a importância da pluralidade e as instituições como locais de produção e transformação são percebidas. (CUNHA, CAMPOS, 2010).

O ES4 aborda impressões dos profissionais do NASF que, ao ingressarem na AB como apoiadores da ESF, encontram algumas dificuldades para o trabalho compartilhado, como a demanda excessiva e o desconhecimento por parte de alguns dos profissionais da ESF sobre o termo apoio. Vale lembrar que apoio não significa a transferência de responsabilidades, mas sim, a corresponsabilidade entre as equipes de referência. Logo, agrupar profissionais especializados em equipes, não é sinônimo de trabalho cooperativo. Além disso, os nasfianos deste estudo referem à rede de serviços insuficiente como mais uma barreira para o trabalho integrado (MATUDA et al., 2015).

Já, o ES10, trata sobre a percepção de profissionais sobre o processo de formação que os capacite ao apoio matricial, sendo que eles relatam que a secretaria não incentiva momentos de construção e aperfeiçoamento dos profissionais por meio de espaços que possibilitem a prática do apoio matricial (OLIVEIRA, CAMPOS, 2017).

Para Santos, Romano, Engstrom, (2018) (ES12), o modelo de AB adotado, que está centrado nas eSF como prioritárias no primeiro contato com os usuários, incentiva uma organização do trabalho através de uma equipe multidisciplinar em vez de a equipe mínima, anteriormente prescrita. Desse modo, indica crescente uso de ferramentas de gestão, como o apoio matricial e institucional e amplia o escopo de serviços, com resultados na qualidade da assistência e na organização dos espaços de saúde.

Nesse sentido, Turci et al., (2015) realizam um estudo com o objetivo de avaliar o desempenho da AB em Belo Horizonte, Minas Gerais (ES3). Para isso entrevistaram gestores e enfermeiros, evidenciando que características estruturais das UBS e da organização das equipes podem influenciar no desempenho da AB, sendo necessário: disponibilidade de insumos e equipamentos, a formação

das equipes para atuar em saúde da família, presença do profissional médico mínimo de 30 horas-semanais e o número suficiente de equipes e profissionais para o território de abrangência. Desse modo, a estrutura adequada, em conjunto com uma equipe completa possibilitaria aos profissionais o compartilhamento de recursos e conhecimentos, qualificando a assistência prestada na AB.

Biscaia e Heleno (2017) (ES6) descrevem sobre a reformulação do sistema de saúde ocorrido em Portugal, a partir de 2005. Muito semelhante à estrutura de organização da APS no Brasil, com a criação das Unidades de Saúde Familiar (USF) foi inovadora e transformadora em termos de organização e planejamento da prestação de cuidados à população. Comenta que essa reformulação aliada à informatização total e o trabalho em rede incentivou reuniões e avaliações de desempenho e trouxe melhorias para todas as partes envolvidas, sobretudo ganhos à saúde da população.

Em relação ao uso de tecnologia nos serviços de saúde, ES8 utilizou os prontuários eletrônicos para analisar os atributos dos cuidados primários em saúde na cidade do Rio de Janeiro. Constatou-se que os prontuários são amplamente utilizados pelas equipes e que assumem importância, tendo em vista que permitem verificar e acompanhar periodicamente os indicadores de saúde. Desse modo, no estudo foi destacado o diferencial de estudar elementos do processo dos sistemas de saúde para estimar os resultados, rever ações e metas (SORANZ, PINTO, CAMACHO, 2017)

O exposto nesse eixo temático revelou que o processo de trabalho na AB, ainda, é realizado predominantemente de forma fragmentada. Embora seja apontado pela literatura a necessidade de um trabalho integrado e compartilhado, esta ainda é uma prática pouco executada. Vários são os fatores envolvidos nesse contexto: agenda individual de cada profissional, excesso de demanda nas unidades, metas de produção a cumprir, a formação acadêmica dos profissionais (não capacita para trabalhar em equipe), falta de interesse.

Diante do exposto, torna-se evidente a necessidade de modificar as práticas de saúde na direção de rearranjar o modelo de atenção, instituindo o uso de ferramentas e instrumentos gerenciais, bem como capacitando as equipes para trabalhar com esses recursos e de forma compartilhada. Mesmo que seja apontado pelos estudos a importância do conhecimento e uso de tecnologias em saúde, ainda são incipientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos abordados nesta revisão apresentam questões importantes para a reflexão acerca da AB no Brasil, a importância de ações de planejamento nos serviços de saúde, a necessidade

de uma boa comunicação entre profissionais, equipes e esferas governamentais, a relevância do uso de tecnologias e a qualificação profissional, seja por meio das ações que envolvem a educação permanente aos profissionais atuantes, seja na adaptação das matrizes curriculares para a formação em cursos de ensino superior na área da saúde.

A leitura de todos os materiais tornou possível perceber os serviços de saúde à luz de diferentes perspectivas, desde o processo de organização e planejamento das ações, incluindo a comunicação entre os atores e setores, a execução dos serviços e avaliação dos processos de trabalho e saúde. Evidenciam-se como essencial nessa perspectiva, alguns elementos presentes neste processo de planejamento, organização, desenvolvimento e avaliação. São eles, a avaliação das competências profissionais, a ponderação das atividades e resultados, a capacitação constante da equipe multidisciplinar.

Esses achados ilustram inúmeras conquistas da saúde coletiva brasileira, com a implantação do SUS e políticas de saúde auxiliares. Nessa direção, podemos citar alguns progressos que impulsionaram uma melhor organização dos serviços de saúde: melhoria da força de trabalho, equipes multidisciplinares, fortalecimento do acolhimento e vínculo, incorporação de novas tecnologias, conhecimento de indicadores de saúde, uso de ferramentas de apoio, como reuniões de equipe, matriciamento, visitas domiciliares.

Produzir saúde é uma tarefa extremamente complexa, o que torna os processos de gestão e planejamento em saúde desafiadores, exigindo dos profissionais cada vez mais habilidades administrativas e conhecimento específico da área. Por esse motivo o trabalho dos gerentes de AB compõe um cenário de desafios ininterruptos e mutantes, especialmente, quando o ideal para a AB parece ser gestão compartilhada, onde a participação de todos os envolvidos é importante e a cogestão se torna uma meta a ser alcançada.

Contudo, vale destacar que foram mencionados na literatura, de forma recorrente, indicadores de fragilidades, especialmente, no que diz respeito à busca de uma assistência com qualidade e resolutiva. São citadas muitas situações que demonstram certa instabilidade, desde interferências políticas municipais, passando pela falta de apoio e gestão das esferas estadual e federal para com os municípios, culminando com problemas organizacionais que envolvem relacionamento entre as equipes, formação insuficiente de profissionais. Ainda é mencionado o excesso de demanda e tarefas, não padronização de condutas e rotinas, carência de insumos e equipamentos.

Consta e é reforçado nos estudos a importância de mais pesquisas nessa área, além de um maior engajamento da união através da formulação de políticas orientadoras de gestão, formação e

qualificação pessoal. Isso decorre da necessidade observada pelos profissionais contemporâneos, que vislumbram a necessidade urgente de organizar os serviços de forma a contemplar melhor resolutividade e qualidade das ações desenvolvidas.

Quanto às limitações da pesquisa, não foram encontrados estudos em que são citadas experiências de eSF e EAB referentes a formatos de organização, padronização no uso de ferramentas gerenciais através de cartilhas ou materiais de apoio que pudessem orientar profissionais sobre o uso desses instrumentos no cotidiano de trabalho na APS.

REFERÊNCIAS

ALELUIA, IRS et al. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1845-1856, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/1413-8123-csc-22-06-1845pdf>. Acesso em 15 out. 2018.

Bardin, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70. (2011)

BISCAIA, A; HELENO, LCV. A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 701-711, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n3/1413-8123-csc-22-03-0701pdf>. Acesso em 15 out. 2018.

BOUSQUAT, A et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1141-1154, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1141pdf>. Acesso em: 15 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de planejamento no SUS / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. 1.ed. rev. Brasília, v. 4, 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atualpdf. Acesso em: 12 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. [Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017](#). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 set. 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 17 out. 2020.

CARVALHO, BG et al. Gerência de unidade básica de saúde em municípios de diferentes portes: perfil e instrumentos gerenciais utilizados. *Rev. Esc. Enferm USP*, v. 48, n. 5, p. 907-14, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielophp?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000500907&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 15 out. 2018.

CARVALHO, MN et al. Necessidade e dinâmica da força de trabalho na Atenção Básica de Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 295-302, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielophp?script=sci_arttext&pid=S1413-8123201800010029. Acesso em: 15 out. 2018.

CUNHA, GT; CAMPOS, GWS. Método Paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. **ORG & DEMO**, Marília, v. 11, n. 1, p. 31-46, 2010. Disponível em: [file:///D:/Users/User/Downloads/468-Texto%20do%20artigo-1601-1-10-20100731%20\(1\).pdf](file:///D:/Users/User/Downloads/468-Texto%20do%20artigo-1601-1-10-20100731%20(1).pdf). Acesso em 15 out. 2018.

DORICCI, GC; LORENZI, CG; PEREIRA, MJB. O Programa Articuladores da Atenção Básica: uma proposta inovadora para qualificação da Atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 2073-2082, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielophp?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002602073. Acesso em: 15 out. 2018.

FONTANA, KC; LACERDA, JT; MACHADO, PMO. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Rev. Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 64-80, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n110/0103-1104-sdeb-40-110-0064pdf>. Acesso em: 15 out. 2018.

LOPES, AS. et al. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. **Rev. Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 114-123, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2015.v39n104/114-123/>. Acesso em: 15 out. 2018.

MATUDA, CG et al. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2511-2521, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielophp?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000802511. Acesso em: 15 out. 2018.

NUNES, EFPA et al. Trabalho gerencial em Unidades Básicas de Saúde de municípios de pequeno porte no Paraná, Brasil. **Interface (Botucatu)**, v. 20, n. 58, p. 573-84, 2016. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielophp?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000300573. Acesso em: 15 out. 2018.

OHIRA, RHF et al. Análise das práticas gerenciais na Atenção Primária à Saúde nos municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4439-4448, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4439pdf>. Acesso em: 15 out. 2018.

OLIVEIRA, MM; CAMPOS, GWS. Formação para o Apoio Matricial: percepção dos profissionais sobre os processos de formação. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 187-206, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielophp?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000200187. Acesso em: 18 out. 2018.

OLIVEIRA, MAC; PEREIRA, IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, v. 66, n. (esp.), p. 158-64, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20pdf>. Acesso em: 18 out. 2018.

PORTELA, GZ. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 255-276, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielophp?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000200255. Acesso em: 18 out. 2018.

ROMAGNOLLI, APB et al. Gestão de unidade básica de saúde em municípios de pequeno porte: instrumentos utilizados, facilidades e dificuldades relacionadas. **Rev. Gerenc. Polit. Salud**, Bogotá (Colombia), v. 13, n. 27, p. 168-180, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v13n27/v13n27a10pdf>>. Acesso em: 18 out. 2018.

SANTOS, ROM; ROMANO, VF; ENGSTROM, EM. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 01-18, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v28n2/0103-7331-physis-28-02-e280206pdf>. Acesso em: 20 out. 2018.

SANTOS, DS; MISHIMA, SM; MERHY, EE. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 861-870, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n3/1413-8123-csc-23-03-0861pdf>. Acesso em 20 out. 2018.

SORANZ, D; PINTO, LF; CAMACHO, LAB. Análise dos atributos dos cuidados primários em saúde utilizando os prontuários eletrônicos na cidade do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 819-830, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n3/1413-8123-csc-22-03-0819pdf>. Acesso em: 21 out. 2018.

SORATTO, J. et al. Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 584-92, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielophp?pid=S0104-07072015000200584&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 24 mar.2019.

TURCI, MA et al. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 9, p. 1941-1952, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielophp?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000901941. Acesso em: 16 out. 2018.

ZOCHE, DA et al. Protocolo para revisão integrativa: caminho para a busca de evidências. In: TEIXEIRA, E. (org). **Desenvolvimento de Tecnologias Cuidativo-Educacionais**. Porto Alegre: Moriá, 2020. cap.16, p. 237-249.

CAPÍTULO 8

DIABETES *MELLITUS* EM RESIDENTES DA ÁREA RURAL: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO E FRAGILIDADES NO AUTOCUIDADO

MARILUCI NEISS
LEILA ZANATTA
LUCIMARE FERRAZ

INTRODUÇÃO

A principal característica definidora do Diabetes *Mellitus* (DM) é a hiperglicemia. Trata-se de um grupo de distúrbios metabólicos causados pela falha na produção, na secreção ou ainda na ação do hormônio insulina que, por sua vez, é responsável pela sinalização celular para o processo de entrada da glicose na célula (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2019).

O DM tipo 1 “é uma doença autoimune, poligênica, decorrente de destruição das células β pancreáticas, ocasionando deficiência completa na produção de insulina” (SBD, 2019, p.19). Afeta cerca de 5 a 10% entre todos os indivíduos com diabetes, atingindo principalmente crianças e adultos jovens sem distinção

entre homens e mulheres (SBD, 2019). Geralmente, apresenta sinais e sintomas que fazem o paciente procurar os serviços de saúde, como perda de peso e polaciúria (IDF, 2019).

O DM tipo 2 corresponde 90 a 95% de todos os casos de DM, acometendo principalmente os indivíduos a partir dos 40 anos. Apresenta múltiplas origens e vários fatores associados como o histórico familiar, idade avançada, obesidade, sedentarismo e comorbidades. Além disso, a hiperglicemia ocorre em conjunto com a resistência dos tecidos à ação da insulina, aumento da produção de glicose pelo fígado, disfunção incretínica, aumento da lipólise e dos ácidos graxos livres circulantes, aumento da reabsorção de glicose pelos rins e a uma deficiência na síntese e secreção de insulina pelas células β pancreáticas (SBD, 2019).

Ao contrário do DM tipo 1, o tipo 2, geralmente, não apresenta sintomas e a doença se desenvolve silenciosamente (IDF, 2019). Entre as doenças crônicas, o DM Tipo 2 é uma das principais que podem ser evitadas com a adesão a mudanças no estilo de vida. Nos estudos também é sugerido que a perda de peso é a principal forma de reduzir o risco de DM tipo 2. Como consequência do modo de vida atual, o DM, especialmente do tipo 2, tem sido considerado uma das grandes epidemias mundiais do século XXI e um problema de saúde pública. Esse fato pode ser exemplificado por estimativas mundiais, de que 135 milhões de pessoas apresentavam a doença em 1995, 240 milhões em 2005 e estimado que haverá 366 milhões de portadores em 2030 (SBD, 2019).

Em uma pesquisa baseada no sistema de Vigilância de Fatores de Risco por Meio de Inquérito Telefônico (VIGITEL), os resultados apontaram prevalência de 9,4% de DM autorreferido em indivíduos brasileiros entre 35 e 64 anos e de 18,6% em população brasileira acima de 64 anos (SBD, 2019).

Sabe-se que hábitos de vida urbana caracterizam um agravo quando se trata de desenvolver DM, no entanto quando se trata de pessoas com a doença, residentes em áreas rurais, as estratégias de tratamento e o acompanhamento devem considerar as diferenças culturais e sociais dessa população (SILVA et al., 2017). As “barreiras geográficas, as grandes distâncias percorridas, a dificuldade de transporte e a baixa renda são alguns dos fatores que restringem o acesso aos serviços de saúde da população de área rural” (SILVA et al., 2017, p. 2).

Para o sucesso no tratamento do DM é indispensável, ao paciente, o autocuidado, a Teoria elaborada pela enfermeira Dorothea Elizabeth Orem, o autocuidado consiste nos cuidados executados pelo paciente para manter sua saúde, bem-estar e a própria vida (BEZERRA et al., 2019). O autocuidado em pacientes com DM, segundo Oliveira et al. (2016), refere-se à adesão ao tratamento medicamentoso, ao abandono do estilo de vida sedentário, agregando a prática regular de

exercícios físicos e ao cumprimento de planos alimentares, caracterizando a adoção de hábitos de vida saudáveis, indispensáveis para o controle da doença.

Segundo Oliveira et al. (2016), o autocuidado no DM se inicia com a adoção de uma vida mais saudável. Para isto, é preciso apoio familiar e da equipe de saúde, que é responsável por orientar o paciente para o cuidado pessoal. Nessa perspectiva, destaca-se a enfermagem, que deve guiar a mudança comportamental, indicando as condutas necessárias para tornar efetivo o autocuidado, analisar e aplicar a melhor abordagem para cada paciente e avaliar constantemente a eficácia e realização do cuidado pessoal.

Neste contexto, questiona-se qual o diagnóstico situacional dos usuários da Atenção Primária a Saúde (APS) com Diabetes *Mellitus* moradores da área rural? Tendo em vista a escassez de estudos acerca da caracterização desses usuários, objetiva-se, nesse estudo, descrever o perfil socio-demográfico, clínico e terapêutico, bem como as fragilidades no autocuidado de usuários com DM em um serviço de Atenção Primária à Saúde no meio rural.

MÉTODO

Trata-se de um estudo metodológico, sendo que neste texto será descrita a segunda etapa desse tipo de estudo, que consiste em uma pesquisa de campo de caráter descritivo e exploratório, guiada pela análise de conteúdo de Bardin.

O estudo foi realizado em uma Estratégia Saúde da Família (ESF), que abrange em seu território adscrito seis comunidades da área rural de um município do oeste de Santa Catarina. Optou-se por restringir a pesquisa apenas a uma das comunidades, por ser a única com uma Agente Comunitária de Saúde (ACS) e, conseqüentemente, com os usuários pertencentes à micro área cadastrados.

Nessa comunidade rural há 283 pessoas cadastradas em acompanhamento, das quais 14 são indivíduos que convivem com DM. Os critérios de inclusão desses participantes foram: conviver com DM, maiores de 18 anos, usuários da Atenção Primária à Saúde (APS) cadastrados na Unidade de Saúde, de ambos os sexos que aceitaram participar da pesquisa. Foram excluídos os usuários com DM que estavam hospitalizados ou ausentes no dia da aplicação do questionário.

A coleta de dados foi realizada no mês de novembro de 2019, por meio de busca ativa, acompanhada pela ACS, devido à difícil localização, visto que na área rural não há endereço completo como na área urbana. O questionário foi semiestruturado e estava constituído de perguntas abertas e fechadas, dividido em quatro partes, sendo elas: 1) Variáveis sociodemográficas e clínicas; 2) Variáveis Terapêuticas; 3) Medida de Adesão ao Tratamento; 4) Investigação sobre o autocuidado.

Na primeira parte, faz-se reeferência à investigação de dados sociodemográficos e clínicos para caracterizar os participantes; contava com questões de múltipla escolha. Na segunda parte, o objetivo era elencar de quais medicamentos os participantes faziam uso, tanto para tratamento do DM como para as comorbidades. Na terceira parte, referia-se a um instrumento genérico nomeado Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) que foi desenvolvido, adaptado e validado por Delgado e Lima (2001), utilizado para as perguntas de 1 a 4 o modelo proposto por Morisky, Green e Levine (1986). O item 7 foi adaptado de Shea et al., (1992) e o item 6 adaptado de Romalhinho (1994), resultando em uma versão com 7 itens, com as respostas seguindo a forma da Escala de Likert. E, na quarta parte do instrumento, trata-se da investigação sobre o autocuidado, composta por perguntas abertas.

A coleta dos dados foi realizada na residência dos participantes. Todas as entrevistas foram gravadas e após transcritas. As informações de dados clínicos foram complementadas com a análise dos prontuários dos pacientes para buscar resultados de exames como glicemia de jejum (GJ) e hemoglobina glicada (HbA1C).

Participaram da pesquisa 11 indivíduos com diabetes, moradores daquela comunidade. Dois estavam viajando e outro se tratava de uma idosa que depende de cuidados e que se encontrava sozinha em casa no momento da coleta de dados. Foi realizada a tentativa de aplicação do questionário com ela, porém sem sucesso; então, optou-se pela exclusão, totalizando assim os 14 diabéticos da comunidade.

Os dados foram apresentados em tabelas, em números absolutos e porcentagens. Na última parte do instrumento de coleta de dados, a análise foi feita por meio da análise de conteúdo de Bardin a qual conta com três fases, sendo elas: 1) pré-análise; 2) exploração do material; 3) tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação, que permite a quantificação dos dados (BARDIN, 2011). Na pré-análise foi realizada a escolha dos documentos a serem analisados. A exploração do material foi a fase mais longa e consistiu em operações de codificação e, na terceira fase, os dados foram tabulados em estatísticas simples e transcrição das falas.

A pesquisa atende à Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas realizadas em seres humanos, foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado de Santa Catarina e aprovada sob o parecer nº 3.675.167 em 31 de outubro de 2019. A identificação de cada participante, durante a pesquisa, foi preservada, sendo realizada com as iniciais P (Participante), acompanhada de numeração, exemplo: P1, P2 respectivamente. No Termo de Consentimento Livre e Esclarecido havia a informação aos participantes dos objetivos da pesquisa,

sendo os riscos da atividade mínimos, e as pesquisadoras estariam atentas para resolvê-los ou minimizá-los. Os participantes assinaram também o Termo de Consentimento para Gravação. A instituição envolvida na figura do secretário municipal de saúde assinou o Termo de Fiel Guardião, à permissão do acesso aos resultados de exames de GJ e HbA1C nos prontuários.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram desta pesquisa 11 diabéticos moradores da área rural, conforme descrito anteriormente. Na Tabela 1 está, detalhadamente, o perfil sociodemográfico desta população. A maioria dos participantes era do sexo feminino, idosos, com ensino fundamental incompleto, casados e brancos.

Tabela 1 – Variáveis sociodemográficas de pacientes com DM, residentes na área rural de um município do Oeste de Santa Catarina. Chapecó/SC, 2020.

VARIÁVEL	N	%
Sexo		
Masculino	4	36,3
Feminino	7	63,7
Faixa Etária		
50-59 anos	3	27,3
Acima de 60 anos	8	72,7
Escolaridade		
Fundamental Incompleto	8	72,7
Fundamental Completo	3	27,3
Situação Conjugal		
Casado	10	90,9
União Estável	1	9,1
Raça		
Branco	11	100

Fonte: Os Autores (2020)

A Vigilância de Fatores de Risco e Proteção às Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) realizada em 2019 estimou que, no Brasil, a frequência de indivíduos com DM é maior entre as mulheres (7,8%) do que entre os homens (7,1%). De forma semelhante, Zanatta et al. (2020) encontraram maior prevalência da doença entre mulheres com diabetes residentes na área urbana da região Oeste do Estado de SC. Em ambos os sexos, a frequência dessa condição aumentou

intensamente com a idade e diminuiu com o grau de escolaridade (Brasil, 2020), corroborando os resultados encontrados com essa população de indivíduos com diabetes no meio rural.

Em relação à idade, todos os participantes tinham mais de 50 anos, fato que pode ser explicado devido ao DM Tipo 2 corresponder à maioria dos casos de diabetes, acometendo principalmente os indivíduos a partir dos 40 anos (SBD, 2019).

É mostrado pelo estudo de Arruda, Maia e Alves (2018) que a procura pelo serviço de saúde é menor nas áreas rurais em relação às áreas urbanas, apesar de ter crescido nos últimos anos. O motivo pela procura na área rural é fundamentalmente a doença. Outro item apontado é que a procura pelos serviços de saúde na área rural é maior nas faixas etárias mais elevadas e que os homens, nas áreas rurais, procuram menos o serviço de saúde, corroborando com os resultados apresentados aqui.

Apesar da prevalência da população rural em apresentar condições de saúde mais vulneráveis, como idosos e pessoas de baixa renda, a procura pelos serviços de saúde na área rural é menor para todos os grupos sociais. Autores sugerem que a baixa procura nessas áreas seja atribuída também às dificuldades de acesso da população rural a esses serviços (ARRUDA, MAIA, ALVES, 2018). Consta num estudo brasileiro que as barreiras geográficas da zona rural são fator impeditivo para o maior acesso dessa população aos serviços de saúde e, esse fato, resulta na dificuldade do acompanhamento ideal ao DM, favorecendo o surgimento das complicações (SANTOS et al., 2013).

A Tabela 2 traz em seu conteúdo as variáveis clínicas dos pacientes com DM pesquisados. O predomínio foi de não fumantes e baixo consumo de bebida alcoólica. Tais achados também foram evidenciados por Roediger et al. (2018) e Alheiros Lira et al. (2017), em que os participantes em sua maioria relataram não fazer uso de bebidas alcoólicas e de tabaco.

Tabela 2 – Variáveis clínicas de pacientes com DM, residentes na área rural de um município do Oeste de Santa Catarina. Chapecó/SC, 2020.

VARIÁVEL	N	%
Fumante		
Não	11	100
Ingesta de Álcool		
Não	10	90,9
1-2 vezes/ semana	1	9,1
Complicações Referidas		
Olhos	3	27,3
Pés	1	9,1
Comorbidades autorreferidas		
Hipertensão arterial	11	100
Obesidade	7	63,7
Dislipidemia	8	72,7
Outras	2	12,2
Internação no último ano		
Sim	1	9,1
Não	10	90,9

Fonte: Os Autores (2020)

Em relação às porcentagens apresentadas nas complicações e comorbidades, como o participante poderia responder mais do que uma das alternativas, o valor obtido foi maior que 100%, como mostra a Tabela 2. Obteve-se como resultado que a maioria não sabia responder se já apresentava alguma complicação e, dentre as opções autorreferidas, a mais relatada foi a complicação nos olhos. Não saber responder se já apresenta alguma complicação devido ao DM

pode ser explicado pela baixa escolaridade dos participantes do estudo. Os participantes podem não ter entendido a pergunta ou, então, podem não ter conhecimento da situação da sua doença. A baixa escolaridade influencia diretamente na educação em saúde, pois pode dificultar o entendimento acerca das orientações da equipe de saúde, agindo diretamente nas situações de adoecer e morrer (MODENEZE, 2004).

No que diz respeito às comorbidades associadas, todos apresentam hipertensão arterial e há um grande predomínio da obesidade e de dislipidemia. Esses dados foram autorreferidos e confirmados no prontuário do paciente. Em relação a internamentos no último ano, apenas um referiu ter ficado internado por motivo de cirurgia de correção de varizes. O tempo médio de anos de diagnóstico dos participantes foi de 6,2 anos, sendo o menor tempo de diagnóstico sete meses e o maior, 17 anos.

Os achados condizem com dados expostos em diversos estudos, dentre eles um que apresentou vias de sinalização intracelular de diversos hormônios que interagem com as vias de sinalização insulínicas, com destaque para a da angiotensina II, devido à significativa associação clínica entre DM tipo 2 e hipertensão arterial sistêmica (HAS). A interação entre essas vias ocorre em diferentes níveis, o que define as diversas funções da insulina dentro da célula e afeta diferentes funções celulares; por esse e vários outros motivos que DM e HAS não são apenas doenças concomitantes em quantidade significativa de pacientes, mas também podem possuir fisiopatologia integrada (CARVALHO-FILHO et al., 2007).

Vieira Júnior e Suassuna (2013) relatam a associação entre nefropatia diabética e HAS, demonstrando que cerca de 30% dos pacientes diabéticos desenvolvem nefropatia diabética e, significativamente, apresentam associação com HAS. Além disso, trazem doenças renais crônicas como um determinante de desfechos adversos em hipertensos e diabéticos e explanam que indivíduos com doença renal, geralmente, são acometidos por doenças cardiovasculares, principalmente os que, concomitantemente, são indivíduos que convivem com DM.

A associação de DM e dislipidemia também é comumente relatada na literatura. Ela se caracteriza pela resistência à insulina, determinada pela diminuição das lipoproteínas de alta densidade (HDL). Tais distúrbios possuem efeitos sinérgicos e juntos contribuem para a ocorrência de diversas doenças cardiovasculares (FERREIRA, RODRIGUES, 2015). Segundo Pereira (2011), o DM associado a dislipidemias também pode ser caracterizado por aumento na produção de glicose, hipertrigliceridemia e de lipoproteína de muito baixa densidade (VLDL). Esse fato se evidencia no estudo de Orsatti e Joviliano (2009), em que foram analisados pacientes diabéticos e se estabeleceu uma correlação com os índices de hiperglicemia e hipertrigliceridemia.

Burgos et al., (2019), Zanatta et al., (2020) e Alheiros Lira et al., (2017) também encontraram a prevalência de excesso de peso nos diabéticos avaliados. Os resultados nesse estudo corroboram os achados na literatura que reconhece a obesidade como um fator de risco para o DM e indica o controle do peso, como uma das estratégias destaque do tratamento não farmacológico da doença (ROEDIGER et al., 2018).

No Guia Alimentar para a População Brasileira, a mistura “arroz com feijão” é sugerida como base da alimentação, pois traduz a realidade alimentar da maioria dos brasileiros. Tem uma ótima seleção de aminoácidos, incentiva o consumo de alimentos minimamente processados, visa ao consumo de uma refeição saudável e evita a obesidade (BRASIL, 2014). O cuidado com a alimentação é essencial no tratamento de DM, uma vez que em pacientes diabéticos identificou-se que uma redução de 11% no peso corporal foi correlacionada a 28% menos chances de morte causada pela doença. Além disso, uma redução de peso corporal entre 5 e 10% pode melhorar significativamente a tolerância à glicose (SILVEIRA, 2003).

A busca nos prontuários também nos permitiu acesso aos resultados de exames de GJ e HbA1C. A média apresentada nos exames de GJ foi de 132 mg/dL (93 - 243 mg/dL). Em relação à HbA1C, a média encontrada nos resultados de exames foi 6,8% (5,8%-9,1%). Os exames avaliados foram os de último registro no prontuário, sendo o mais antigo de agosto de 2018 e o mais recente de outubro de 2019. Em relação aos exames com data mais antiga, não se sabe se esse paciente não teve o resultado do seu exame anotado em prontuário, se ele faz acompanhamento na rede particular ou se não teve acompanhamento médico desde a data do último exame registrado em prontuário. A SBD (2019) recomenda que para adultos com a doença estabilizada, sejam realizadas duas medidas de HbA1C por ano.

De acordo com Stryker (2016), manter um quadro de hiperglicemia constantemente no DM pode resultar em complicações, como o acidente vascular encefálico, a doença cardiovascular, a insuficiência renal e a ferida crônica. Kuznetsov et al., (2015) complementa que conforme o diabético vai avançado na idade, mais a doença pode comprometer sua qualidade de vida.

Com base em estudos internacionais, foi estabelecido que pacientes com os índices de HbA1C acima de 7% apresentam grande risco de complicações. Por esta razão, o conceito de tratamento por objetivos estabelece valores de HbA1C entre 6,5% a 7% como o limite superior do valor aceitável para um paciente com DM bem controlado. Mais recentemente, a Associação Americana de Diabetes (ADA) e a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) recomendaram que esse valor-alvo pode variar,

pois se deve levar em conta as características clínicas de cada indivíduo (SBD, 2019). A média encontrada de HbA1C neste estudo evidencia um valor aceitável para um paciente em tratamento.

Em pesquisa realizada por Sá, Navas e Alves (2014), com 836 pacientes diabéticos, as médias obtidas foram de 121 mg/ dL para o exame de GJ e de 6,9% para o teste de HbA1C. Pode estabelecer-se uma conformidade com os valores encontrados no estudo em questão para ambos os testes, mostrando uma média dos valores dentro dos limites aceitáveis e semelhante ao encontrado nos pacientes da área rural.

Em relação às variáveis terapêuticas que compreendem a segunda parte do instrumento de coleta de dados, conheceram-se os medicamentos em uso pelos participantes. Na Tabela 3 está indicado que os hipoglicemiantes orais de escolha são a metformina e a glibenclamida. Apenas um participante faz uso de insulina. O anti-hipertensivo mais utilizado é o enalapril e o diurético é a hidroclorotiazida. Os demais medicamentos em uso pelos participantes foram: sinvastatina, levotiroxina, espironolactona, captopril, propranolol, ácido acetilsalicílico, losartana, anlodipino, atenolol, alopurinol, clortalidona, omeprazol e doxazosina. A média de medicamentos utilizados pelos diabéticos deste estudo foi de 5,2.

Tabela 3 – Medicamentos em uso pelos pacientes com DM, residentes na área rural de um município do Oeste de Santa Catarina. Chapecó/SC, 2020.

VARIÁVEL	N	%
Hipoglicemiantes orais		
Metformina	11	100
Glibenclamida	3	27,3
Insulina		
Insulina NPH	1	9,1
Anti-hipertensivos		
Enalapril	6	54,5
Captopril	2	18,1
Anlodipino	2	18,1
Propranolol	1	9,1
Hidroclorotiazida	8	72,7
Clortalidona	1	9,1
Espironolactona	1	9,1

Fonte: Os Autores (2020)

Carvalho et al. (2017) encontrou em seu estudo como antidiabético oral mais utilizado a metformina, e uma pequena porcentagem dos participantes relataram fazer uso de insulina. Entre os anti-hipertensivos, o medicamento mais utilizado foi o enalapril, seguido da losartana, com uma pequena diferença na porcentagem. Os medicamentos relatados neste estudo são muito parecidos aos achados de Carvalho e colaboradores, possivelmente, por serem medicamentos disponíveis gratuitamente no Sistema Único de Saúde (SUS).

Na terceira parte do instrumento de coleta de dados foi utilizado um instrumento genérico já validado e nomeado Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) com as respostas seguindo a forma da Escala de Likert. Os resultados estão detalhados na Tabela 4 e demonstram que os

participantes deste estudo não sentem dificuldade em aderir ao tratamento medicamentoso, com uma adesão ao tratamento média de 88%. Salienta-se, aqui, que avaliar a adesão por meio de um instrumento que utiliza o autorrelato, pode induzir o participante a responder o que ele pensa ser a resposta adequada.

Tabela 4 – Adesão ao tratamento medicamentoso, individual por participante, residentes na área rural de um município do Oeste de Santa Catarina. Chapecó/SC, 2020.

P	ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO %
1	83
2	80
3	88
4	88
5	97
6	73
7	76
8	97
9	92
10	100
11	97

Fonte: Os Autores (2020)

No estudo nacional realizado por Coelho et al., (2015) entre os anos de 2011-2012 em um ambulatório de diabetes, ficou evidente que entre as atividades de autocuidado, a de melhor adesão foi a medicamentosa. Noutros estudos como de Souza et al., (2017) também foram encontrados resultados com boa adesão ao tratamento medicamentoso. No entanto, no estudo de Barreto et al., (2017), duas técnicas distintas de questionário avaliaram a adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes com DM. Os resultados encontrados por eles no primeiro teste demonstraram so-

mente 29,82% de adesão ao tratamento medicamentoso dos diabéticos entrevistados, repetindo a baixa adesão no segundo teste, que apresentou adesão de 27,19%.

Quando perguntado aos participantes se faziam uso de algum outro tipo de tratamento, além da medicação prescrita pelo médico, a maioria contou fazer uso de chás, associado ao tratamento (81,8%), e 18,2% referiram seguir apenas o tratamento medicamentoso. Os participantes acreditam que os chás auxiliam no controle glicêmico e os nomes que apareceram nas respostas foram: chá de graviola (*Annona muricata*), chá de pau amargo (*Quassia amara* L.), chá de tansagem (*Plantago major*), chá de cipó mil homem (*Aristolochia cymbifera* Mart), chá de sete capote (*Campomanesia guazumifolia*), chá de folha de pitanga (*Eugenia uniflora* L.), chá de pata de vaca (*Bauhinia forficata*), chá de folha de ameixa (*Prunus domestica* L.), chá de folha de amora branca (*Morus alba* L.) e chá de folha de pedra ume (*Myrcia sphaerocarpa* DC.). Um dos participantes relatou que já fez uso de babosa (*Aloe vera*) moída. Seguem relatos encontrados:

“Tomo chá seguido .. pra diabete eu experimento de tudo .. até babosa me indicaram um palmo de babosa moer e tomar todo dia, mas o médico mandou parar, só tirava os espinhos, mas o médico disse que era puro açúcar.” (P6)

“Faço chá [...] chá de folha de pedra ume [...] eu tomo 200 ml por dia por 15 dias, daí para 15.” (P10)

Dentre as plantas medicinais citadas pelos participantes, apenas a babosa (*Aloe vera*) consta no memento fitoterápico, porém a parte a ser utilizada é apenas o gel incolor mucilaginoso de folhas frescas, com indicação para cicatrização de queimaduras de primeiro e segundo grau, sem relação alguma ao tratamento de DM (ANVISA, 2016). Já, na Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS (RENISUS), constam as seguintes plantas medicinais: *Eugenia uniflora*, *Bauhinia forficata*, *Morus alba* L e *Aloe vera* (BRASIL, 2009).

Outro chá muito utilizado popularmente para o diabetes e cujo efeito já foi relatado na literatura, é o chá de pata de vaca (*Bauhinia forficata*). No entanto não existem estudos suficientes de comprovem efeito antidiabético em seres humanos, portanto seu uso é advertido, uma vez que não se tem evidências que indiquem dose ideal, riscos de hipoglicemia e interação molecular com outros medicamentos (SBD, 2019).

Marmitt et al. (2015) realizaram uma revisão sistemática sobre plantas medicinais no tratamento do diabetes e encontraram 21.357 artigos nas bases de dados pesquisadas. Destes, 33 comprovaram a ação terapêutica (*in vitro* e ou *in vivo*) de 17 plantas distintas para o tratamento no DM e sugerem que a cultura de utilizar plantas medicinais seja incentivada, embasada em estudos

que comprovem sua eficácia em humanos, pois muitas plantas exercem o efeito hipoglicemiante, porém algumas podem ser tóxicas.

Por fim, a quarta e última parte do instrumento de coleta de dados, que tratava do autocuidado, foi composto de perguntas abertas que foram gravadas, transcritas e, posteriormente, foi realizado o agrupamento das informações em categorias, seguindo o método de Bardin (2011). A partir dessa análise, emergiram três grandes categorias: Conhecimento sobre a doença; Tratamento da doença; Mudança da realidade encontrada.

CONHECIMENTO SOBRE A DOENÇA

Nessa categoria são apresentadas as fragilidades no autocuidado, relacionadas ao conhecimento que os participantes têm sobre a doença, sendo elas: não saber definir o que é a doença e não saber identificar sinais e sintomas de alerta.

Quando questionados sobre o que é o DM, nenhum dos participantes soube definir. Muitos responderam que não sabiam explicar, outros tentaram, mas sem sucesso, ficando evidente um desconhecimento acerca da doença. Destacam-se algumas das frases ditas:

“(Silencio)[...] é um negócio que se tu não tratar ela as veias trancam né[...]colesterol e a diabete é quase a mesma coisa pelo o que o médico me explicou”(P5)

“(Silencio) [...]é uma praga, tem que se cuidar porque se não[...]é o sangue nas veias, o açúcar né [...]” (P6)

O achado neste estudo vem ao encontro com a literatura. Santos et al. (2019) obteve como resultado que os entrevistados desconhecem sobre a doença ou a percebem como uma doença de mau prognóstico. A baixa escolaridade pode influenciar negativamente no tratamento do diabético, pois interfere na compreensão da terapêutica (BRASIL, 2013).

No estudo nacional realizado em 2016 com diabéticos foi apresentado o predomínio dos participantes com escolaridade de até quatro anos de estudo, como aqui, e descreve que a baixa escolaridade pode ter influenciado o baixo desempenho alcançado pelos participantes nas atividades diárias de autocuidado (MOURA et al., 2019). Pessoas que não completaram até o quinto ano do ensino fundamental são consideradas analfabetas funcionais (INSTITUTO PAULO MONTENEGRO, 2016), portanto, pode ter dificuldades de compreensão, tanto de fala quanto de escrita.

Outra fragilidade encontrada no autocuidado em relação ao conhecimento da doença é a incapacidade de reconhecer os sinais, quando a glicemia está alterada, seja por uma hiperglicemia ou hipo-

glicemia. A maioria (63,7%) respondeu não sabere não sentir nada, enquanto outros responderam problemas com visão (18,2%) e fraqueza-tontura (18,2%). Esse é um dado alarmante, pois a pessoa que convive com o DM precisa conhecer e entender sua doença, bem como os sinais de alarme a fim de procurar ajuda e para que complicações sejam evitadas. Seguem alguns dos relatos encontrados:

“Começo ver estrelinhas ... daí eu acho que ta alto” (P2)

“[...]eu fico ruim, fico tonta, daí eu tinha que procurar uma coisa pra comer, meu estômago parecia que tinha um buraco” (P4)

Estudo realizado por Rodrigues; Teixeira e Branco (2018) ao investigar sobre sintomas de alteração da glicemia obteve como resultado relatos como “vista escurecida”, tontura e desmaio ao se referir a quadros de hipoglicemia, evidenciando que o conhecimento apresentado foi resultado de experiências vividas.

TRATAMENTO DA DOENÇA

Nessa categoria estão apresentadas as fragilidades encontradas no autocuidado perante o tratamento da doença, sendo elas: baixa adesão à dieta alimentar, baixa adesão à atividade física e descarte incorreto do material pérfurocortante utilizado no tratamento.

Os participantes foram questionados sobre os cuidados que realizam no tratamento da doença. Dentre os cuidados identificados pelos pacientes, estão osfeitos com a alimentação e uso dos medicamentos prescritos pelo médico. Porém, a maioria reconhece apenas o “não comer doce” como um cuidado com a alimentação, fato que entra em contradição, quando questionados como é a alimentação no dia a dia. Ao relatarem sobre como é o café da manhã, 27,2% respondeu que não toma café da manhã. Os demais (72,8%) tomam café e entre os alimentos de consumo diário mais citados estão o pão branco (87,5%), café com açúcar (62,5%), chimia (50%) e polenta (50%). Abaixo, alguns dos relatos encontrados sobre o café da manhã:

“As vezes eu só tomo café e não almoço e nem janto, fico só com o café da manhã[...]no café às vezes uma fatia de pão, com mortadela ... hmmm passo maionese[...]não seria né[...]” (P1)

“Bom, refeição eu nem conto[...]tem dias que eu não sei se comi e vou comer de novo[...]Aí eu como torrada de manhã, com pão branco que eu faço, e café com leite e açúcar[...]” (P2)

“Café da manha é pão e chimia[...]no café coloco açúcar, no começo que eu tinha diabete eu colocava adocil, mas diz que é pior o adocil.” (P3)

*“Às vezes café com açúcar, pão branco com nata, melado, chimia[...] às vezes co-
loco nata, melado, chocolate e mergulha no café (risos) não adianta eu mentir né?”
(P7)*

“Como polenta sapecada, pedacinho de salame, café com açúcar[...]” (P5)

No estudo de Farias et al. (2016), realizado com diabéticos da área rural de um município de Pernambuco, foi verificada a falta de adesão à dieta alimentar, com mais de 46% dos participantes, referindo não seguir as orientações alimentares. É preciso ter um estilo de comunicação que seja centrado no paciente, que considere suas preferências, avaliando o grau de alfabetização e as barreiras culturais que podem influenciar esse cuidado (ADA, 2019). Para que haja adesão ao programa alimentar é importante considerar o estilo de vida, rotina do trabalho e hábitos alimentares anteriores à doença (FARIAS et al., 2016).

Entre as modificações necessárias, mediante o diagnóstico da doença, está a mudança de hábitos alimentares. Santos et al., (2018) obtiveram como resultado em seu estudo que a maior dificuldade vivenciada pelos diabéticos está relacionada à alimentação, especialmente à necessidade de se privar de alimentos considerados prazerosos.

Tem-se na literatura que a pessoa com DM pode aderir a uma atividade de autocuidado e outras não. Porém, o tratamento do DM tem como base um tripé, composto pelos medicamentos, prática de exercícios físicos e alimentação saudável e essa combinação resulta em um bom controle glicêmico (SOUZA et al., 2017).

Em relação à prática de exercícios físicos, como os pesquisados são agricultores e exercem atividades pesadas nas lavouras, ordenha de leite entre outras, 81,8% respondeu que não faz nenhuma atividade física e 12,2% responderam que frequentam a academia da saúde localizada em frente à unidade de saúde da comunidade.

No estudo realizado por Souza et al., (2017) com diabéticos dos três níveis de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (primária, secundária e terciária), também foi encontrado como resultado a baixa adesão à prática de atividade física entre os participantes do estudo.

Para um bom controle glicêmico, é recomendada a prática de atividade física. A estratégia ideal para pessoas com DM deve ser uma combinação de exercícios aeróbicos com exercícios resistidos, associados ao aumento progressivo de tempo, frequência, carga e intensidade, porém o plano de exercícios de cada diabético precisa ser individual para o sucesso terapêutico (SBD, 2019).

A maioria dos pacientes pesquisados, como descrito anteriormente, não faz uso de insulina. Para aquele que utiliza, foi questionado como ele faz o descarte do material contaminado e perfurocortante gerado nas aplicações, e a resposta obtida foi a queima desse material. Esse é outro dado que chama a atenção, visto que não se sabe se é por falta de informação ou por falta de conscientização que tal processo é realizado. Segue o relato obtido:

Muitos diabéticos insulínodépendentes não recebem a orientação de como deve ser feito o descarte seguro do resíduo perfurocortante gerado em seu domicílio, levando ao descarte incorreto desse material. Portanto, estratégias de educação em saúde sobre o tema devem estar inseridas no aconselhamento sobre a doença (CUNHA et al., 2017).

A prática desse paciente, relacionada aos resíduos gerados, difere dos achados na literatura, possivelmente porque o público estudado é da área rural, local onde não há coleta de lixo por empresas e a queima dos resíduos ainda é comum nessas comunidades. Cunha et al., (2017) evidenciaram que os resíduos oriundos da insulínoterapia são descartados junto ao lixo comum da residência. Mesmo o material armazenado em garrafa PET acaba sendo descartado posteriormente na lixeira comum, em vez de ser devolvido à instituição de saúde, como seria a maneira correta.

MUDANÇA DA REALIDADE ENCONTRADA

Nessa categoria estão apresentados relatos sobre quais mudanças seriam pertinentes para a realidade encontrada a respeito da doença e seu tratamento. Ao final da coleta dos dados foi solicitado aos participantes que respondessem qual material ou instrumento eles consideram que seria útil para auxiliar com os cuidados da doença. 63,6% responderam um material para leitura, 27,3% não souberam responder o que poderia ajudá-los e 9,1% não citou um material em si, mas respondeu que o material deveria ser de linguagem simples para facilitar a compreensão, conforme relato abaixo:

“A gente foi criado assim numa simplicidade, que o que às vezes uma palavra a gente não sabe o que é, se fosse explicar da maneira mais grosseira da gente, talvez a gente entenderia melhor.” (P10)

Segundo as respostas dadas pelos participantes, pode inferir-se que materiais como cartilhas educativas poderiam subsidiar a educação em saúde e orientar o autocuidado, uma vez que é um instrumento de baixo custo e que incentiva a autonomia do paciente, que pode consultá-lo a qualquer momento. Por isso, deve ser desenvolvido um material de forma que atenda à demanda de formatação e linguagem dessa população. Além disso, é preciso que não sejam entregues aleatoriamente, é necessário uma discussão e explicação plena para que ela alcance de fato um objetivo educativo (TORRES, PAULA, 2019).

Conhecer a doença é a base para estabelecer a prática do autocuidado com autonomia. Somente assim se consegue atingir uma participação mais efetiva no tratamento, porém apenas

adquirir conhecimento não induz, necessariamente, à mudança de comportamento (TORRES, SANTOS, CORDEIRO, 2014). Para que isso ocorra, faz-se necessária a interação entre profissional e cliente a partir do compartilhamento de ideias, tornando esse cliente propenso a mudanças (RODRIGUES, TEIXEIRA, BRANCO, 2018).

Ressalta-se que a autonomia só é garantida se o educador (nesse caso, profissional da saúde) considerar as particularidades do sujeito, como sua cultura, o meio em que é inserido socialmente, colocando-o participante do seu processo de cuidar. Para se alcançar esse objetivo, o diálogo se torna uma ferramenta essencial, nasce de uma matriz crítica e gera criticidade (FREIRE, 2011).

Quando se trata de autocuidado, a teoria de Dorothea Orem, enfermeira americana, é amplamente discutida. Ela traz o conceito de autocuidado como os cuidados executados pelo indivíduo, que objetivam a manutenção da sua saúde, bem-estar e necessidade de manter a própria vida. Nesse âmbito, o enfermeiro possui papel fundamental, já que orienta e educa, individual e coletivamente o autocuidado em prevenção e tratamento de doenças. (BEZERRA et al., 2018)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo evidenciou-se que entre os portadores de DM, moradores da área rural, prevalecem idosos, mulheres, brancos, casados e com baixa escolaridade. Também foi encontrada boa adesão ao tratamento medicamento, sendo o antidiabético oral mais utilizado a metformina. Destaca-se que a maioria fazia uso de chás associados ao tratamento medicamentoso por acreditar que auxiliam no controle da glicemia. Dentre as comorbidades associadas à doença, a maioria apresentou hipertensão arterial e obesidade. Como complicações, a mais citada foi a de olhos.

A análise do conteúdo gerou três grandes categorias, sendo elas: Conhecimento sobre a doença; Tratamento da doença; Mudança da realidade encontrada. Na primeira categoria foram abordadas fragilidades perante o autocuidado, isto é, não saber definir o que é a doença e não identificar sinais e sintomas de alerta. Na segunda categoria constou como fragilidades a baixa adesão à dieta alimentar e à atividade física e o descarte incorreto do material perfurocortante utilizado no tratamento. Na terceira categoria há uma perspectiva para mudar a realidade encontrada, onde os participantes sugerem um material para leitura, com linguagem simples para auxiliá-los no autocuidado.

Salienta-se que a população rural é diferenciada, merecendo atenção especial. Materiais educativos para incentivar a educação em saúde, voltados à sua compreensão em uma linguagem fácil podem facilitar o entendimento sobre a doença, pois o uso de termos científicos acaba prejudicando o conhecimento e, conhecer a doença é essencial para aderir ao autocuidado.

Os materiais educativos também têm relevância à enfermagem, visto que o enfermeiro é o profissional que realizará todas as orientações para o autocuidado, auxiliando na otimização do tempo, evitando que alguma informação seja esquecida e facilitando a comunicação entre enfermeiro-paciente.

REFERÊNCIAS

ALHEIROS LIRA, MC et al. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em diabéticas. **Nutr. clín. diet. hosp.** v. 37, n.1, p.75-81. Disponível em: <https://revista.nutricion.org/PDF/mayaramenezes.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2020.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION – ADA. **Introduction:** Standards of Medical Care in Diabetes – 2019. Diabetes Care, Volume 42, Supplement 1, January 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.2337/dc19-SINT01>. Acesso em: 24 mar. 2020.

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Memento Fitoterápico.** Farmacopeia Brasileira. 1ed. Brasília, 2016. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33832/2909630/Memento+Fitoterapico/a80ec477-bb36-4ae0-b1d2-e2461217e06b>. Acesso em: 01 abr. 2020.

ARRUDA, NM; MAIA, AG; ALVES, LC. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. **Cad. Saúde Pública** 34 (6) 21 Jun 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00213816>. Acesso em: 24 mar. 2020.

BARRETO, TM de AC et al. Prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso por diabéticos no norte do Brasil. **SANARE, Sobral**, [s. l.], v. 16, n. 02, p. 22-30, jul./dez. 2017. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/1174/635>. Acesso em: 22 abr. 2020.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Tradução: Luis Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BEZERRA, MLR et al. Aplicabilidade da Teoria do Déficit do Autocuidado de Orem no Brasil: uma revisão integrativa. **Journal of Management & Primary Health Care**, [s. l.], v. 9, ed. 16, 11 jan. 2019. Disponível em: <http://jmphc.com.br/jmphc/article/view/538/741>. Acesso em: 22 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

_____. Ministério da Saúde. **RENISUS** – Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS Espécies vegetais. 2009. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/07/renisus.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <http://www.crn1.org.br/wp-content/uploads/2020/04/vigitel-brasil-2019-vigilancia-fatores-risco.pdf?x53725>. Acesso em: 19 maio, 2020.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf. Acesso em: 02 mai. 2020.

BURGOS, MGP de A, et al. Consumo de macro e micronutrientes de idosos com diabetes *mellitus* tipo 2 atendidos no núcleo de apoio ao idoso. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)** 2019;52(2):121-7. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/159721/154891>. Acesso em: 28 de mar. 2020.

CARVALHO, CV et al. Adesão de pessoas com diabetes *mellitus* tipo II ao tratamento medicamentoso. **Ver enferm UFPE online.**, Recife, 11(9):3402-9, set., 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/110239/22173>. Acesso em: 02 abr. 2020.

CARVALHO-FILHO, MA. de et al. Cross-talk das vias de sinalização de insulina e angiotensina II: implicações com a associação entre diabetes *mellitus* e hipertensão arterial e doença cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 51, n. 2, março 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-27302007000200008>. Acesso em: 04 abr. 2020.

COELHO, ACM et al. Atividades de autocuidado e suas relações com controle metabólico e clínico das pessoas com diabetes *Mellitus*. **Texto contexto - enferm.** vol.24 no.3 Florianópolis July/Sept. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-2015000660014.pdf. Acesso em: 30 mar. 2020.

CUNHA, GH da et al. Resíduos de insulino terapia produzidos no domicílio de diabéticos acompanhados na Atenção Primária. **Rev. Bras. Enferm.** vol.70 no.3 Brasília mai./jun. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v70n3/pt_0034-7167-reben-70-03-0618.pdf. Acesso em: 31 mar. 2020.

DELGADO, AB; LIMA, ML. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. **Psicologia, Saúde & Doenças**, 2001, 2 (2), 81-100. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v2n2/v2n2a06.pdf>. Acesso em: 27 de mar. 2020.

FARIAS, R de FS de, et al. Adesão ao tratamento de diabetes *mellitus* em área rural do município de Vitória de Santo Antão – PE. **Rev. APS.** 2016 abr/jun; 19(2): 181 - 190. Disponível em: <http://ojs2.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/15457/8129>. Acesso em: 27 mar. 2020.

FERREIRA, L.; RODRIGUES, M. Estudo Duplo D: Diabetes e Dislipidemia. **Revista Portuguesa de Diabetes**, [s. l.], v. 10, n. 1, 2015. Disponível em: <http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2017/11/RPD-Vol-10-n%C2%BA-1-Mar%C3%A7o-2015-Artigo-Original-p%C3%A1gs-11-14.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2020.

FREIRE, P. **Extensão ou comunicação?** 15ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2011.

INSTITUTO PAULO MONTENEGRO. **Indicador de alfabetismo funcional - INAF:** estudo especial sobre alfabetismo e mundo do trabalho [Internet]. São Paulo: Instituto Paulo Montenegro; 2016. Disponível em: https://acaoeducativa.org.br/wp-content/uploads/2016/09/INAFEstudosEspeciais_2016_Letramento_e_Mundo_do_Trabalho.pdf. Acesso em: 31 mar. 2020.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION – IDF. **Diabetes Atlas**. 9th ed. Brussels, Belgium: 2019. Disponível em: https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/2019/IDF_Atlas_9th_Edition_2019.pdf. Acesso em: 12 de abr. 2020.

KUZNETSOV L, et al. Are changes in glycaemic control associated with diabetes-specific quality of life and health status in screen-detected type 2 diabetes patients? Four-year follow up of the ADDITION-Cambridge cohort. **Diabetes Metab Res Rev**. 2015;31(1):69-75. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24817063>. Acesso em: 30 mar. 2020.

MARMITT, DJ et al. Revisão sistemática sobre a produção científica de plantas medicinais da RENISUS voltadas ao Diabetes *Mellitus*. **Caderno pedagógico**, Lajeado, v. 12, n. 1, p. 87-99, 2015. Disponível em: <http://univates.br/revistas/index.php/cadped/article/view/935/923>. Acesso em: 19 mai. 2020.

MODENEZE, DM. **Qualidade de vida e diabetes**: limitações físicas e culturais de um grupo específico. [Dissertação]. Campinas/SP. UNICAMP; 2004. 98p.

MOURA, N dos S et al. Alfabetização em saúde e autocuidado em pessoas com diabetes mellitus tipo 2. **Rev. Bras. Enferm**. vol.72 no.3, 2019. Brasília maio/jun. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v72n3/pt_0034-7167-reben-72-03-0700.pdf. Acesso em: 31 mar. 2020.

OLIVEIRA, GYM de et al. Intervenções de enfermagem para promoção do autocuidado de pessoas com diabetes tipo 2: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [s. l.], v. 18, 21 dez. 2016. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/38691/22111>. Acesso em: 22 abr. 2020.

ORSATTI, CL; JOVILIANO, RD. Associação do triglicérides, colesterol total e glicemia sérica em portadores de Diabetes *mellitus*. **Revista EPeQ Fafibe**, [s. l.], v. 1, ed. 2, nov. 2009. Disponível em: <http://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistaeppeqfafibe/sumario/13/16112010145409.pdf>. Acesso em: 21 mai. 2020.

PEREIRA, R. A relação entre Dislipidemia e Diabetes *Mellitus* tipo 2. **Cadernos UniFOA**, [s. l.], ed. 17, dez. 2011. Disponível em: <http://web.unifoa.edu.br/cadernos/edicao/17/89.pdf>. Acesso em: 21 maio 2020.

ROEDIGER, M de A et al. Diabetes *mellitus* referida: incidência e determinantes, em coorte de idosos do município de São Paulo, Brasil, Estudo SABE – Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2018, vol.23, n.11, pp.3913-3922. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n11/1413-8123-csc-23-11-3913.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2020.

RODRIGUES, RC; TEIXEIRA, ML de O; BRANCO, EM da SC. Dialogando sobre as vivências com diabetes *mellitus*: subsídio para o cuidado educativo de enfermagem. **Rev Min Enferm**. 2018;22:e-1140. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1140.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2020.

SÁ, RC; NAVAS, EAF de A; ALVES, SR. Diabetes *Mellitus*: Avaliação e controle através da glicemia em jejum e hemoglobina glicada. **Revista UNIVAP**, [s. l.], v. 20, n. 35, 2014. Disponível em: <https://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/view/129/189>. Acesso em: 10 abr. 2020.

SANTOS, A de L et al. Viver e conviver com diabetes: dificuldades experienciadas no enfrentamento e manejo da doença. **Revenferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2018; 26:e18221. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2018.18221>. Acesso em: 31 mar. 2020.

SANTOS, ÉA dos, et al. Morbidades e qualidade de vida de idosos com diabetes *mellitus* residentes nas zonas rural e urbana. **RevEscEnferm USP** 2013; 47(2):393-400. Disponível em: www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/17.pdf. Acesso em: 24 mar. 2020.

SANTOS, MAL dos, et al. **A percepção dos pacientes portadores de diabetes *mellitus* tipo 2 sobre a patologia**. Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. – (Alicerces e Adversidades das Ciências da Saúde no Brasil; v. 2).

SILVA, Juliana Marisa Teruel Silveira da, et al. Fatores associados à ulceração nos pés de pessoas com diabetes *mellitus* residentes em área rural. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 2017;

38(3):e68767. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n3/0102-6933-rgenf-38-3-e-68767.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2020.

STRYKER LS. Modifying risk factors: strategies that work diabetes *mellitus*. **J Arthroplasty**. 2016;31(8):1625-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27118352>. Acesso em: 30 mar. 2020.

SILVEIRA, LAG. CORRELAÇÃO ENTRE OBESIDADE E DIABETES TIPO 2. **Rev Digital Vida e Saúde**, [s. l.], 2003. Disponível em: http://www.saudeemmovimento.com.br/revista/artigos/vida_e_saude/v2n2a1.pdf. Acesso em: 15 jun. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES - SBD. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020** / Organização Adriana Costa e Forti et al. - São Paulo: Editora Clannad, 2019.

SOUZA, JD et al. Adesão ao cuidado em diabetes *mellitus* nos três níveis de atenção à saúde. **Esc Anna Nery** 2017;21(4): e20170045. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0045.pdf. Acesso em: 30 mar. 2020.

[TORRES, H de C](#); [SANTOS, LM dos](#); [CORDEIRO, PMC de S](#). Visita domiciliária: estratégia educativa em saúde para o autocuidado em diabetes. **Acta paul. enferm.** [online]. 2014, vol.27, n.1, pp.23-28. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/apv/v27n1/pt_0103-2100-ape-27-01-00023.pdf. Acesso em: 02 abr. 2020.

TORRES, H de C; PAULA, DV de. Avaliação da cartilha para orientação da prática do autocuidado em Diabetes *Mellitus*. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 27, ed. 7722, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.7722>. Acesso em: 16 jun. 2020.

VIEIRA JÚNIOR, JM; SUASSUNA, JHR. O acometimento renal na hipertensão arterial e diabetes *mellitus* tipo 2: como identificar e prevenir? A visão do nefrologista. **Revista HUPE**, Rio de Janeiro, v. 12(Supl 1), p. 53-60, 2013. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revis-tahupe/article/view/7083/5075>. Acesso em: 15 jun. 2020.

ZANATTA, L et al. Análise das interações medicamentosas e perfil epidemiológico de indivíduos com diabetes *mellitus* na atenção primária. **Revista de Enfermagem da UFSM**. 10, e47. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/40175/pdf>. Acesso em: 30 jun. 2020.

CAPÍTULO 9

ORDENHA DO LEITE MATERNO: O CUIDADO DE ENFERMAGEM À MULHER TRABALHADORA

INTRODUÇÃO

O leite materno é o melhor alimento para a criança, sendo um dos primeiros passos para uma vida saudável (OLIVEIRA et al., 2015). Os benefícios do aleitamento materno à criança são inúmeros, sendo capaz de evitar e diminuir a morbidade infantil decorrente das diarreias, infecções respiratórias e otites. Dentre as vantagens para a mãe, evidencia-se a prevenção do câncer de mama, de ovário e diabetes, além dos efeitos possíveis sobre excesso de peso (VICTORA et al., 2016).

Ainda que o aleitamento materno exclusivo (AME) apresente diversos benefícios, a sua interrupção ocorre com frequência nos primeiros meses de vida, podendo ocasionar danos na saúde da criança, da nutriz, além de aumentar os custos com tratamentos e controle de doenças. Entre as causas mais fre-

VANESSA CORREA DE MORAES

LUCIMARE FERRAZ

quentes de sua interrupção, destacam-se as complicações mamárias e a inserção da mulher no mercado do trabalho (PEREIRA-SANTOS et al., 2017; BARBOSA et al., 2018).

Percebe-se que, entre nutrízes trabalhadoras, a dificuldade em manter o aleitamento materno após retornar ao trabalho seja devido ao menor tempo que as mães permanecem em contato com seus filhos ou devido à falta de espaços adequados no ambiente de trabalho, que favoreçam a prática do aleitamento e a ordenha do leite materno (FERNANDES et al., 2018; BARBOSA, 2018). Portanto, é imprescindível que as empresas orientem as trabalhadoras sobre a importância da manutenção do aleitamento materno, além de disponibilizar as condições à manutenção dessa prática (ROLLINS et al., 2016).

Para as mães trabalhadoras voltarem ao trabalho após o término da licença maternidade e continuarem com o aleitamento materno é, muitas vezes, um desafio, por isso se faz necessário algumas intervenções por parte do empregador que são de baixo custo e favorecem este processo, como: as salas de apoio à amamentação, orientações quanto à amamentação e às pausas para ordenha (ADATTI, CASSIRER, GILCHRIST, 2014; UNICEF, OMS, 2018).

Para que o aleitamento materno seja mantido, o profissional enfermeiro que atua em empresas tem papel fundamental, da gravidez ao puerpério, no sentido de cuidar e orientar a mulher durante esse processo. É primordial que o profissional tenha conhecimento, de modo a repassar as informações fundamentadas em evidências científicas sobre a ordenha e manutenção do aleitamento materno às nutrízes trabalhadoras (CORRÊA et al., 2014).

Com base nessas considerações, nesse capítulo a finalidade é propiciar subsídios teóricos referentes à prática da ordenha do leite materno no contexto da nutriz trabalhadora. Os conhecimentos aqui abordados contribuem com práxis de cuidado dos profissionais da saúde, principalmente dos enfermeiros às trabalhadoras que amamentam seus filhos

MÉTODO

Para a construção do corpo de conhecimento desse manuscrito, realizou-se uma revisão narrativa. De acordo com Rother (2007), os estudos de revisão narrativa consistem na busca do conhecimento científico, na literatura publicada em artigos científicos, livros, protocolos, fazendo assim uso de diferentes fontes. Tem por objetivo fundamentar teoricamente um determinado tema. Essa metodologia é aplicada para descrever e discutir o desenvolvimento ou “estado da arte” de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual. Possui papel fun-

damental na educação continuada, permitindo ao pesquisador adquirir e atualizar conhecimento em pouco tempo (ROTHER, 2007).

Por meio dessa revisão narrativa, teve-se por objetivo verificar as evidências disponíveis na literatura sobre as melhores práticas de ordenha do leite materno. A busca na literatura foi realizada de julho de 2019 a outubro de 2019 nas bases de dados: *Scielo*, *PubMed* e *Scopus*, manuais do Ministério da Saúde (MS), notas técnicas e documentos da Rede Brasileira e Global de Banco de Leite Humano. Foram utilizados os seguintes descritores em ciência da saúde (DeCS) “Breast Milk Expression” e “Breast Feeding”, sendo utilizado o conector booleano “AND”, resultando na estratégia de cruzamento [“Breast Milk Expression AND Breast Feeding”], sem delimitar um intervalo temporal. Consideraram-se os materiais publicizados nos últimos cinco anos (2015 a 2019).

De posse do material encontrado, realizou-se uma leitura na íntegra de forma crítica dos artigos textos. Após extensas leituras e análises, identificaram-se as melhores evidências para uma prática de cuidado avançada do profissional enfermeiro frente à assistência às nutrízes trabalhadoras. Como eixos de análise, buscou-se inicialmente classificar os estudos quanto às particularidades, agrupando em: cuidados com a ordenha do leite materno; técnicas para ordenha; cuidados com armazenamento, transporte e oferta do leite ordenhado e as complicações mamárias. A partir daí, prosseguiu-se com a análise da fundamentação teórica dos estudos.

RESULTADOS

Cuidado à nutriz trabalhadora: contextualizando marcos legais

Atualmente a mãe nutriz trabalhadora é amparada pela legislação vigente, sendo que no artigo 392 da Consolidação das Leis de Trabalho (CLT), tem-se que a gestante trabalhadora tem direito à Licença Maternidade (LM) por um período de 120 dias e, durante o afastamento, não poderá ter prejuízo sobre o seu salário e emprego. Vale ressaltar que no ano de 2008 foi criado o Programa Empresa Cidadã, que incentiva as empresas a concederem 180 dias de LM à mulher trabalhadora, mediante a concessão de incentivo fiscal, porém a obrigatoriedade atualmente é para o serviço público e opcional às empresas do setor privado (BRASIL, 1943; BRASIL, 2008; BRASIL, 2017). Por ser opcional às empresas, conforme dados da Receita Federal (RF), atualizados em maio de 2018, foram registradas em Santa Catarina (SC) 779 empresas cidadãs e 21.245 no Brasil, sendo sua adesão relativamente baixa (BRASIL, 2018).

A LM favorece o aleitamento materno exclusivo para crianças menores de seis meses de vida, sendo este um benefício de suma importância às mulheres trabalhadoras, por meio da

análise realizada no estudo entre a LM e o Aleitamento Materno Exclusivo; percebeu-se que quanto maior for o tempo de afastamento, maior será o período de AME. Por isso é extremamente relevantes iniciativas para aumentar o período de LM entre as mulheres trabalhadoras (RIMES, OLIVEIRA, BOCCOLINI, 2019).

Além do período de LM, a trabalhadora tem direito de amamentar seu filho até que ele complete seis meses de idade durante a jornada de trabalho. A nutriz trabalhadora tem direito a dois descansos especiais de meia hora cada um, que poderão ser negociados entre empregador e empregado; no entanto, não podem ser confundidos com intervalos de refeição (BRASIL, 1943).

Além da legislação trabalhista, a seguridade do aleitamento materno é abordada no Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) (1990), artigo 9º pressupõe “...as instituições e os empregadores propiciarão condições adequadas ao AM”. A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, que está inserida no contexto da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, lançada em 2012 também vem para reforçar a importância de qualificar os profissionais da saúde da Atenção Básica para a promoção do aleitamento materno e da alimentação adequada e saudável das crianças menores de dois anos (BRASIL, 2012; BRASIL, 2015). O desmame precoce é realidade e são necessárias intervenções quanto à qualificação dos profissionais na identificação de intercorrências mamárias (principal causa do desmame precoce) e de apoio à manutenção do aleitamento materno após o retorno ao trabalho (BRASIL, 2012).

Frente ao exposto, percebe-se que as empresas necessitam apoiar o aleitamento materno, incentivando a manutenção do AM após o término da licença maternidade e retorno às atividades laborais (BRASIL, 2010). Para o sucesso da amamentação é importante a corresponsabilidade entre mãe e empresa, sendo importante estimular as mudanças sociais e atitudes em relação à amamentação (ROLLINS et al., 2016).

É necessária a construção de uma cultura nas empresas em relação à importância da amamentação, desmistificar os prejuízos com investimentos ao apoio à amamentação, pois é dever da empresa garantir o aleitamento materno após o retorno da mãe ao trabalho, assegurando, igualmente, o direito da criança à amamentação (FERNANDES et al., 2018).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) 2014, o retorno da LM após um período maior de afastamento favorece uma amamentação por mais tempo. Este afastamento estendido oportuniza que a trabalhadora cumpra o AME por seis meses, conforme o recomendado (BRASIL, 2001; BRASIL 2010). No entanto, as empresas precisam organizar estratégias de apoio ao aleitamento materno, as-

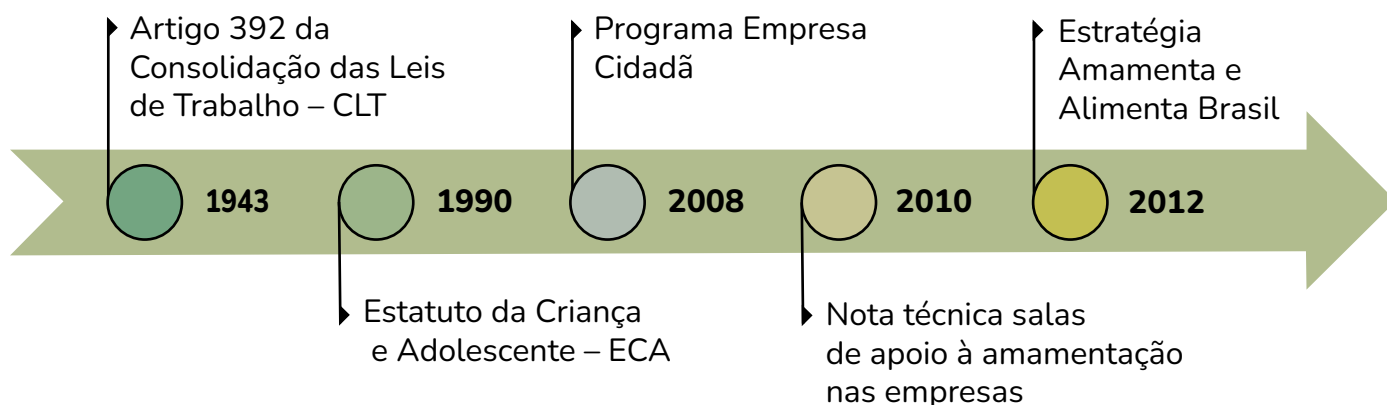
sim as salas de amamentação são ambientes que facilitam essa prática, pois a mãe pode amamentar seu filho e realizar a ordenha do leite materno durante a jornada de trabalho (BRASIL, 2010).

O estudo de Rollins, et al., (2016) propõe algumas ações para melhoria e seguridade do aleitamento materno. Primeiramente se faz necessário divulgar as evidências, pois a promoção da amamentação começa com a divulgação da sua importância, independente da classe social. É viável que as melhorias na amamentação auxiliam no alcance de metas, indicadores de saúde, segurança alimentar, educação, equidade, desenvolvimento e meio ambiente, sem necessidade de investimento ativo por parte dos governos. Porém, caso não ocorra a amamentação adequada, os resultados serão de perdas e custos (ROLLINS, et al., 2016).

Apesar de serem apontados benefícios às empresas, é demonstrado em estudos que o acolhimento das mães trabalhadoras ainda é pouco frequente, desde o período de gestação e após o término da licença maternidade (FERNANDES et al., 2018).

A importância do aleitamento materno precisa ser disseminada, a fim de promover essa prática não apenas entre as mulheres que amamentam, mas também entre seus companheiros, familiares, comunidade e empresas (AMARAL, et al., 2015; SOARES et al., 2017).

Figura 2 - Linha tempo marcos de apoio ao aleitamento materno no Brasil à nutriz trabalhadora.



Fonte: Os Autores (2020)

Cuidado à nutriz trabalhadora: A prática da ordenha do leite materno.

A ordenha do leite materno é indicada após o término da LM e em casos de complicações mamárias como: ingurgitamento, traumas mamilares e internação do Recém-Nascido (RN). Quando a amamentação direta não é possível, o leite materno ordenhado e armazenado man-

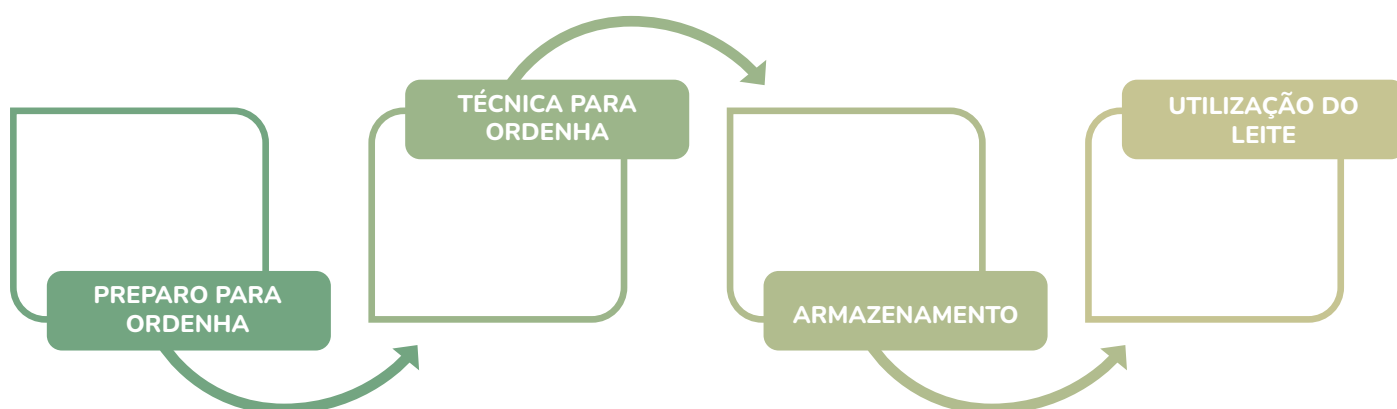
têm qualidades únicas, de tal forma que continuará sendo o padrão ouro para a alimentação infantil (UNICEF, 2011; BRASIL, 2015).

O leite materno tem propriedades importantes no desenvolvimento da criança como: antioxidantes, antibacterianas, prebióticas, probióticas e de reforço imunológico. Embora, após a ordenha e armazenamento alguns desses nutrientes e propriedades se alterem, há evidências positivas de que o armazenamento de leite humano pode ser seguro, permitindo uma nutrição ideal à criança quando a amamentação ou o leite imediatamente expresso não estiver disponível (EGLASH, 2017). O profissional enfermeiro tem papel importante nas orientações do retorno da mãe ao trabalho, pois este profissional é responsável pelas orientações gerais quanto ao aleitamento materno e à prática da ordenha do leite durante a jornada de trabalho (OLIVEIRA et al., 2015).

A ordenha poderá ser orientada não somente após o retorno da mãe ao trabalho e sim como uma estratégia para aumentar a produção do leite, aliviar complicações mamárias como o ingurgitamento, auxiliar no tratamento da mastite, tornar a mama e região mamilo aréola mais macia, facilitando a pega do bebê (BRASIL, 2015).

Assim, os cuidados e orientações sobre a ordenha do leite materno serão abordados neste capítulo conforme a Figura 03.

Figura 3 - Processo de ordenha.



Fonte: Os Autores (2020)

Preparo para ordenha

É essencial que a nutriz trabalhadora receba informações sobre a importância de manter o aleitamento materno após o retorno ao trabalho (FERNANDES et al., 2018). Uma das alternativas para a manutenção dessa prática é a retirada do leite por meio da ordenha (MONTESCHIO, GAÍVA,

MOREIRA, 2015). Assim, é necessário que ela seja orientada por profissional da saúde sobre os cuidados necessários durante todo o processo.

Quando a prática da ordenha do leite materno se dá devido ao término da LM, é indicado que a mãe inicie essa prática 15 dias antes do retorno ao trabalho, para que assim tenha um estoque de leite ordenhado que poderá ser ofertado ao seu filho no período em que estiver trabalhando (BRASIL, 2015).

A prática da ordenha pode ser realizada no domicílio, bem como nas empresas. No ambiente laboral, a nutriz trabalhadora poderá utilizar as salas de amamentação, que são ambientes destinados ao apoio à amamentação, nas quais as nutrizes podem continuar a amamentar seus filhos ou ordenhar o próprio leite. Predominantemente, são utilizadas para a coleta e o armazenamento do leite, não sendo necessário o processamento que ocorre nos Bancos de Leite Humano – BLH. Este leite pode ser ordenhado e armazenado durante a jornada de trabalho e, ao final do expediente pode ser levado ao domicílio para que seja ofertado à criança (BRASIL, 2010).

O ambiente destinado ao apoio deve ser limpo e a ordenha deve ser conduzida com higiene, com o intuito de impedir que contaminantes ambientais entrem em contato com o leite. O leite materno poderá ser armazenado congelado ou refrigerado e, ao final da jornada de trabalho, a nutriz deverá transportar até o domicílio em uma embalagem isotérmica (BRASIL, 2010).

Um dos passos mais importantes durante o preparo da ordenha é a lavagem das mãos, que deve ocorrer com água e sabão antes da expressão do leite, pois a falha nesta etapa inicial pode comprometer o sucesso das demais, visto que as mãos sujas podem transmitir vírus e bactérias contaminando o leite, podendo causar doenças. (BRASIL, 2015; HAIDEN et al., 2016).

LEMBRETES PARA O PREPARO PARA ORDENHA DO LEITE MATERNO!!

- Cobrir cabelos, utilizar máscara;
- Lavar as mamas com água;
- Lavar as mãos com água e sabão até a altura do cotovelo;
- Não é aconselhado o uso de adornos como relógios, pulseiras, anéis, esmalte não íntegro e produtos que possam exalar cheiro.
- Evitar falar durante a ordenha;
- Escolher local limpo, confortável e tranquilo.

Fonte: Os Autores (2020), adaptado de (RBLH, 2011).

Métodos para ordenha

A ordenha pode ocorrer de forma manual ou mecânica com o auxílio de bombas. A ordenha com o uso de bombas elétricas pode ser realizada de várias maneiras, conforme a mulher melhor se adaptar, algumas são portáteis, fáceis de manipular, outras são maiores, utilizadas em hospitais, porém o MS orienta preferencialmente a ordenha manual (BRASIL, 2015).

O leite materno pode ser ordenhado após as mamadas, logo pela manhã, enquanto o bebê suga na outra mama, porém a escolha deve ser a que a mulher se sentir mais confortável. A ordenha pode ser dupla, ou seja, ocorrer ao mesmo tempo em ambas as mamas, propiciando um estímulo maior à produção do leite, além de diminuir o tempo de ordenha (BRASIL, 2006).

Como já citado, a ordenha pode ocorrer manualmente ou de forma mecânica, por meio de bombas e para que não haja contaminação do leite, é necessário seguir as recomendações de higiene pessoal e, nos casos de bombas, seguir rigorosamente a limpeza do equipamento conforme recomendação do fabricante, pois geralmente a contaminação presente no leite materno é ligado às condições de higiene e não pela forma de ordenha ou local (BRASIL, 2015; EGLASH, 2017).

LEMBRETES SOBRE A TÉCNICA DA ORDENHA DO LEITE MATERNO!!

- A massagem da mama deve ocorrer em movimentos circulares, com a ponta dos dedos no sentido mamilo-areolar, nos locais doloridos a massagem deve ser intensificada;
- Escolha uma posição em que fique confortável e relaxada;
- O dedo polegar deve ser posicionado no limite superior da aréola e os dedos indicador e médio no limite inferior;
- Firmar os dedos e comprimir levemente a mama para trás em direção ao tórax;
- Pressionar o polegar contra o indicador e o dedo médio, com movimentos firmes, do tipo apertar e soltar, mas não deve provocar dor;
- O balancear a mama em posição inclinada para frente pode ser orientado;
- É indicado desprezar os primeiros jatos de leite;
- Para estimular a produção de ocitocina, é importante orientar a nutriz sobre a ingestão hídrica, alimentação adequada, ficar confortável e relaxada e pensar no bebê.
- Durante a jornada de trabalho realizar a ordenha a cada 2 ou 3 horas;
- A quantidade de leite ordenhado geralmente é menor do que quando o bebê mama.
- Pode ser realizada manualmente, com bombas elétricas ou manuais, quando utilizada as bombas a higienização deve ocorrer a cada ordenha realizada;
- Recomenda-se armazenar o leite ordenhado na geladeira até 12 horas e freezer até 15 dias.
- O leite ordenhado deve ser transportado em cadeia de frio (refrigerado em caixa térmica);
- O transporte do leite ordenhado, pela nutriz trabalhadora, deve ocorrer em um período máximo de 6 horas;

Fonte: Os Autores (2020), adaptado de (RBLH, 2011).

Armazenamento do leite materno

Com vistas a manter a qualidade do leite materno após a ordenha, faz-se necessário alguns cuidados quanto à limpeza e descontaminação dos kits e dos frascos que armazenam o LM. Os kits precisam ser completamente desmontados, lavados com água quente e detergente e enxaguados com água potável; o armazenamento deve ocorrer após a secagem por completo, podendo ser ao ar ou secos com auxílio de toalhas de papel. Destaca-se que qualquer utensílio que seja armazenado ainda úmido, oferece uma fonte de crescimento bacteriano extremamente perigosa à criança (PRICE et al., 2016).

196

Quando for necessário o transporte do LMO, orienta-se que seja em cadeia de frio, assim o leite congelado ou refrigerado tem menor chance de contaminação e alteração da composição. O leite congelado deverá ser transportado a uma temperatura de aproximadamente -3°C, utilizando na caixa isotérmica gelo reciclável na proporção de 3 litros para cada litro de leite congelado e o refrigerado a uma temperatura máxima de 5°C, nesse caso pode ser utilizado o gelo comum. O período de transporte deve seguir as recomendações e não ultrapassar seis horas (RBLH, 2011).

Para o armazenamento do leite materno ordenhado, apresentam-se a seguir diretrizes conforme a RESOLUÇÃO-RDC Nº 171, de 4 de setembro de 2006:

Quadro 3- Diretrizes para armazenamento do leite materno ordenhado

LOCAL ARMAZENAMENTO	TEMPERATURA	TEMPO DE ARMAZENAMENTO
Geladeira/Refrigerado	Máxima de 5 °C	12 horas
Congelador/Congelado	Máxima de -3 °C	15 dias

Fonte: BRASIL (2006).

O armazenamento do LMO pode ser em freezer ou geladeiras de ambientes comuns, onde são armazenados outros alimentos. Esse processo de armazenamento não requer exigências ou precauções universais, como é descrito nos casos de fluidos como o sangue. É importante manter um espaço limpo e a identificação com nome e data nos recipientes (EGLASH, 2017).

Quadro 4 - Lembretes sobre o armazenamento do leite materno ordenhado (Continua).

LEMBRETES SOBRE O ARMAZENAMENTO DO LEITE MATERNO ORDENHADO!!

- É indicado começar a armazenar o leite ordenhado 15 dias antes do retorno ao trabalho;
- Identificar o frasco com o leite ordenhado com o nome da mãe, data e horário da coleta;
- Possuir recipientes adequados;
- Higienizar os recipientes previamente com água e sabão;
- Ferver por 15 minutos a tampa e o frasco e deixar secar sobre um pano limpo;
- Utilizar frascos pequenos para evitar desperdícios;
- O leite não deve ser preenchido até a borda do frasco;
- Armazenar na geladeira a uma temperatura de até 5° C;
- Armazenar no freezer a uma temperatura de -3°c;

Fonte: Os autores (2020) adaptado das diretrizes da ANVISA, descritas na RESOLUÇÃO-RDC Nº 171, 2006; na RBLH, 2011 e, conforme EGLASH, 2017.

Quadro 4 - Lembretes sobre o armazenamento do leite materno ordenhado (Conclusão).

- Recomenda-se armazenar o leite ordenhado na geladeira até 12 horas e freezer até 15 dias.
- O leite ordenhado deve ser transportado em cadeia de frio (refrigerado em caixa térmica);
- O transporte do leite ordenhado, pela nutriz trabalhadora, deve ocorrer em um período máximo de 6 horas;

Fonte: Os Autores (2020), adaptado das diretrizes da ANVISA, descritas na RESOLUÇÃO-RDC Nº 171, 2006; na RBLH, 2011 e, conforme EGLASH, 2017.

Oferta do leite à criança

O leite materno após ordenhado pode ser desprezado ou armazenado. Quando a finalidade for ofertar a criança, são necessários alguns cuidados para manter a integridade do leite humano,

que contemplam desde a higiene do local, das mãos; a forma de ordenha; acondicionamento, transporte e armazenamento (BRASIL, 2015).

O leite congelado precisa passar por um processo de descongelamento que pode ser realizado por diversas maneiras. Uma das alternativas é deixar o recipiente na geladeira (retirar do *freezer*); deixar água morna corrente sob o recipiente ou colocar em um recipiente com água morna. Quando este processo ocorre de forma lenta (na geladeira), perde-se menos gordura do leite (BRASIL, 2015).

O aquecimento do leite materno pode ser necessário, pois os bebês podem apresentar preferências quanto à temperatura. O aquecimento do leite humano descongelado à temperatura corporal é melhor feito durante um período de 20 minutos em água morna (no máximo 40° C). Mesmo aquecendo o leite apenas a 37 °C, a gordura chega ao seu ponto de fusão, promovendo mudanças de gordura sólida que está presente a 4 °C na temperatura do refrigerador, para líquido ou gordura de óleo. A gordura de óleo parece aderir ao lado do recipiente a 37 °C mais do que a 4 °C, diminuindo assim o conteúdo de gordura do leite. Um estudo comparou o aquecimento morno da água a 37 °C e o aquecimento sem água e descobriu que não havia diferença entre eles em relação às mudanças na gordura, proteína, lactoferrina e IgA secretora (HANDA, 2014).

Conforme a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, além do aquecimento com água morna, outro meio utilizado, porém não recomendado, é o aquecimento do leite materno no micro-ondas, pois aquece o alimento de forma irregular e a regulação da temperatura é difícil de ser realizada (RBLH, 2011).

O LM uma vez descongelado não pode mais ser “recongelado”, pois a sua capacidade de inibir o crescimento bacteriano é diminuída, especialmente após 24 horas do descongelamento. Para evitar o desperdício ou o descarte de leite, seja ele congelado ou ainda recém ordenhado, o ideal é que seja armazenado em pequenas frações, conforme oferta e consumo do bebê 15, 30 ou 60 ml (HANDA, 2014; BRASIL, 2015).

LEMBRETES SOBRE A UTILIZAÇÃO E OFERTA DO LEITE MATERNO ORDENHADO!!

- Para realizar o descongelamento recomenda-se, retirar do freezer, deixar na geladeira e depois aquecer em banho-maria sem ferver.
- O leite que foi descongelado e aquecido deve ser ofertado à criança e o que sobrar deve ser desprezado independentemente da quantidade;
- Orienta-se aquecer o leite até 5° C;
- Não ferver o leite;
- O uso do micro-ondas não é indicado porque não há controle eficiente do processo, temperatura.
- Ofertar o leite utilizando copo ou xícara

Fonte: Os Autores (2020), adaptado da (RBLH, 2011).

Cuidado à nutriz trabalhadora: prevenindo complicações mamárias

A interrupção do aleitamento materno nos primeiros meses de vida tem frequência elevada; dentre os fatores associados à cessação do AME, as complicações mamárias se apresentam relevantes (BARBOSA et al., 2018). Os problemas com a mama lactacional como o ingurgitamento, traumas mamilares, mastite e abscesso já foram apontados para a interrupção do aleitamento (BRASIL, 2015). A fissura é a principal queixa de dor, relatada no estudo de Figueiredo et al. (2017), sendo uma das principais queixas na dificuldade em seguir com a amamentação. A prática da ordenha do leite materno nas complicações mamárias são importantes à manutenção do AME (OLIVEIRA et al., 2015).

Ingurgitamento

Há dois tipos de ingurgitamento, o fisiológico que é discreto e indica se o leite está “descendo”, e o patológico que ocasiona maior desconforto à nutriz, pois a mama se apresenta excessivamente distendida, os mamilos ficam planos, podendo estar acompanhada de febre, mal-estar, rubor. Essa complicação ocorre com maior frequência entre as primíparas, aproximadamente três a cinco dias após o parto. Alguns fatores como a produção de leite em demasia, início tardio da

amamentação, mamadas infrequentes com restrição da duração e pega incorreta contribuem para o ingurgitamento (BRASIL, 2015).

Cuidados com o ingurgitamento mamário elaborados a partir de Giugliani (2004), Brasil (2009), Brasil (2015), Berens e Brodribb (2016):

Traumas mamilares

O desconforto nos mamilos é comum nos primeiros dias após o parto, porém se o desconforto persistir é preciso intervir, cuidado especial na pega, porém pode haver outras causas como anatomia dos mamilos, más formações orais na criança, sucção não nutritiva prolongada, uso incorreto de bombas para ordenha do leite, interrupção inadequada da sucção, uso de produtos que provocam reações alérgicas e exposição prolongada a forros úmidos. É necessário um cuidado especial com os traumas no intuito de aliviar a dor e promover a cicatrização, visto que são porta de entrada para microrganismos (BRASIL, 2015).

Cuidados com os traumas mamilares, segundo o Ministério da Saúde (2009) e (2015):

- Posicionamento e pega adequados;
- Manter os mamilos secos;
- Expor as mamas ao sol ou à luz artificial (lâmpada de 40 watts a uma distância de 30 cm);
- Realizar trocas frequentes dos forros quando há vazamento de leite;
- Não utilizar produtos que retirem a proteção natural do mamilo, como sabões, álcool ou qualquer produto secante;
- Amamentação em livre demanda
- Ordenha manual da auréola antes da mamada se ela estiver ingurgitada, o que aumenta a sua flexibilidade, permitindo uma pega adequada;
- Introdução do dedo indicador ou mínimo pela comissura labial da boca do bebê, se for preciso interromper a mamada, de maneira que a sucção seja interrompida antes de a criança ser retirada do seio;
- Início da mamada pela mama menos afetada;

Mastite

A mastite é um processo inflamatório, frequentemente unilateral, que pode evoluir para uma infecção bacteriana (WHO, 2000). Geralmente, ocorre na segunda e terceira semanas após o parto, mas também é evidenciada em outros momentos da amamentação. Comumente há infecção por

Staphylococcus e, ocasionalmente, pela Escherichia coli e Streptococcus, sendo que os traumas mamilares são de modo geral a porta de entrada dos microrganismos (BRASIL, 2015). Estudo sobre as características das mulheres internadas com diagnóstico de mastite em Ribeirão Preto (SP) apontam possíveis grupos com maior vulnerabilidade à mastite e são elas, mulheres jovens e primíparas (VIDUETO et al., 2015).

Os sinais e sintomas apresentados pela nutriz são: mama dolorida, rubor, edema e calor local, geralmente acompanhada de mal-estar e febre (BRASIL, 2015). É válido destacar que a mastite é decorrente de um manejo inadequado ou tardio de outra intercorrência mamária (VIDUETO et al., 2015).

Cuidados com a mastite orientados pela WHO (2000) e Ministério da Saúde (2009) e (2015):

- Identificação e tratamento da causa que provocou a estagnação do leite;
- Esvaziamento adequado da mama, sendo uma parte importante do tratamento;
- Suporte emocional.

Abscesso mamário

No abscesso mamário ocorre o acúmulo localizado de líquido infectado no tecido mamário lactacional, geralmente tem origem de uma mastite. O diagnóstico é feito basicamente pelos sinais e sintomas como a dor intensa, febre, mal-estar, edema, entre outros. É imprescindível que o tratamento seja realizado de forma rápida e eficaz, frequentemente, utiliza-se a antibioticoterapia, incisão, drenagem ou aspiração de secreção por agulha (BRASIL, 2015; IRUSEN et al., 2015). Quando não tratados podem evoluir para drenagem espontânea, necrose e perda do tecido mamário, podendo resultar em deformidades da mama, bem como comprometimento funcional (GIUGLIANI, 2004).

Cuidados com abscesso mamário, segundo Ministério da Saúde (2009) e (2015)

- Drenagem cirúrgica, de preferência sob anestesia local (coleta de secreção para cultura e teste de sensibilidade a antibióticos);
- Demais condutas indicadas no tratamento da mastite infecciosa;
- Antibioticoterapia;
- Ordenha regular da mama afetada;
- Manutenção da amamentação.

Figura 5 - Complicações mamárias.



Fonte: BRASIL, 2009.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destaca-se a importância do enfermeiro no efetivo manejo e orientações quanto à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo, conforme prevê o Ministério da Saúde. É fundamental que o profissional se aproprie do conhecimento técnico científico, a fim de transmitir confiança e empoderar a nutriz à manutenção e sucesso do aleitamento. Percebe-se a necessidade de orientar a importância da amamentação e dos benefícios da prática, é necessário dialogar sobre as situações difíceis, como as complicações mamárias, orientar adequadamente sobre a técnica da amamentação e apresentar possíveis soluções diante de prováveis problemas. Para isso é necessário que as condutas sejam baseadas em evidências científicas e que o profissional se aproprie do conhecimento.

O enfermeiro do trabalho precisa intervir junto às nutrizes trabalhadoras sobre as estratégias a serem adotadas para o retorno ao trabalho, salientando a importância da manutenção do aleitamento materno e a possibilidade de ordenha, seja ela no âmbito laboral ou domiciliar. Nesse aspecto, destaca-se que, ainda, observa-se desconhecimento dos profissionais de saúde sobre o manejo da amamentação entre as mães trabalhadoras, principalmente no que se refere às técnicas de retirada do leite, conservação, armazenamento e meios de oferecimento à criança. Logo, resalta-se a necessidade de maior capacitação desses profissionais para atuarem como apoiadores dessa prática, prevenindo o desmame precoce entre as nutrizes trabalhadoras.

REFERÊNCIAS DO CAPÍTULO 9 - ORDENHA DO LEITE MATERNO: O CUIDADO DE ENFERMAGEM À MULHER TRABALHADORA

ADATTI, L; CASSIRER, N; GILCHRIST, K. **Maternity and paternity at work: law and practice across the world**. Genebra: International Labour Organization, 2014. 204 p. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/e3b3/32c99cf4cda4ecdf355e7133aebcd5fd1fe4.pdf?ga=2.71444179.1341736836.1597607843-2545486171585528573>. Acesso em: 19 jan. 2020.

AMARAL, LIX al. Fatores que influenciam na interrupção do aleitamento materno exclusiva em nutrízes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v. 36, n., p. 127-134, 2015. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56676>. Acesso em: 03 fev. 2019.

BARBOSA, GEF et al. Initial difficulties with breastfeeding technique and the impact on duration of exclusive breastfeeding. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [s.l.], v. 18, n. 3, p. 517-526, set. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042018000300005>. Acesso em: 03 fev. 2019.

BERENS, P; BRODRIBB, W. ABM Clinical Protocol #20: engorgement, revised 2016. **Breastfeeding Medicine**, [S.L.], v. 11, n. 4, p. 159-163, maio 2016. Mary Ann Liebert Inc. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1089/bfm.2016.29008.pjb>. Acesso em: 18 jan. 2020.

BRASIL. Agência de Vigilância Sanitária. **Nota técnica conjunta nº 01/2010**. Sala de apoio à amamentação em empresas. 2010, 10p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sala_apoio_amamentacao_empresas.pdf Acesso em: 04 fev. 2019

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 171, de 4 de setembro de 2006**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o Funcionamento de Bancos de Leite Humano. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 set. 2006. 21p. Disponível em: http://www.redeblh.fiocruz.br/media/rdc_171.pdf Acesso em: 30 jan. 2019.

_____. Decreto Lei nº 5.452 de 01 de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 9 ago. 1943. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm. Acesso em: 30 jan 2019.

_____. Lei Nº 8.069, de 13 julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 27 nov. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm Acesso em 03 fev. 2019.

_____. Lei nº 11.770, de 9 setembro de 2008. Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1º set. 2008. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11770.htm Acesso em: 31 mar 2019.

_____. Manual de Normas e Rotinas de Aleitamento Materno do HU-UFGD/EBSERH, 2017. 102 páginas. Aprovado pela portaria 22 em 22 de fevereiro de 2019, publicado no Boletim de Serviço nº 178, de 25 de fevereiro de 2019, anexo à Portaria nº 22. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/16692/3913225/Anexo+Portaria+22+-+GAS+-+manual+de+Aleitamento+Materno.pdf/474cca5c-5bca-45d7-9404-466568935778>. Acesso em: 31 mar 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cartilha para a mãe trabalhadora que amamenta. Brasília. 2010 (b). 24p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_mae_trabalhadora_amamenta.pdf. Acesso em: 5 jan 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. Cadernos de atenção básica n. 23. 2 ed. Brasília. 2015.p. 184. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf Acesso em: 24 mar 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio

ao Aleitamento Materno. Brasília. 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/bases_discussao_politica_aleitamento_materno.pdf Acesso em 30 mar 2019.

_____. Ministério da Economia. **Receita Federal**. Empresa Cidadã. Brasília, DF. 2018. Disponível em: http://receita.economia.gov.br/orientacao/tributaria/isencoes/programa-empresa-cidada/empresa_cidada_10_05_18.xls/view Acesso em 31 mar 2019.

CORRÊA, MD et al. Evaluation of prenatal care in unit with family health strategy. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 48, n. , p. 23-31, ago. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420140000600004>. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/pt_0080-6234-reeusp-48-esp-024.pdf Acesso em: 10 jan. 2018.

EGLASH, A et al. ABM Clinical Protocol #8: human milk storage information for home use for full-term infants, revised 2017. **Breastfeeding Medicine**, [s.l.], v. 12, n. 7, p. 390-395, set. 2017. Mary Ann Liebert Inc. <http://dx.doi.org/10.1089/bfm.2017.29047.aje>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29624432> Acesso em: 10 jan. 2018.

FERNANDES, VMB et al. Conduas de gestores relacionadas ao apoio ao aleitamento materno nos locais de trabalho. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 27, n. 3, p. 1-11, 6 ago. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180002560016>. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v27n3/en_0104-0707-tce-27-03-e2560016.pdf Acesso em: 24 mar. 2019.

GIUGLIANI, ERJ. Problemas comuns na lactação e seu manejo. **Jornal de Pediatria**, [s.l.], v. 80, n. 5, p. 147-154, nov. 2004. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0021-75572004000700006>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572004000700006 &script=sci_arttext Acesso em: 24 mar. 2019.

HAIDEN, N. et al. Comparison of bacterial counts in expressed breast milk following standard or strict infection control regimens in neonatal intensive care units: compliance of mothers does matter. **Journal Of Hospital Infection**, [s.l.], v. 92, n. 3, p. 226-228, mar. 2016. Elsevier BV. <http://>

dx.doi.org/10.1016/j.jhin.2015.11.018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0195670115005241> Acesso em: 24 mar. 2019.

HANDA, D et al. Do thawing and warming affect the integrity of human milk? **Journal Of Perinatology**, [s.l.], v. 34, n. 11, p. 863-866, 2 out. 2014. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1038/jp.2014.113>. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/jp2014113> Acesso em: 23 mar. 2019.

IRUSEN, H et al. Treatments for breast abscesses in breastfeeding women. **Cochrane Database Of Systematic Reviews**, [s.l.], v. 8, n. , p. 1465-1858, 17 ago. 2015. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd010490.pub2>. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010490.pub2/full> Acesso em: 23 mar. 2019.

MONTESCHIO, CAC; GAÍVA, MAM; MOREIRA, MD de S. O enfermeiro frente ao desmame precoce na consulta de enfermagem à criança. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 68, n. 5, p. 869-875, out. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680515i> Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672015000500869&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 03 fev. 2019.

OLIVEIRA, CS de et al. Amamentação e as intercorrências que contribuem para o desmame precoce. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v. 36, n. , p. 16-23, 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56766>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0016.pdf> Acesso em: 03 fev. 2019.

OMS. **Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno**. Brasília: Opas - Organização Pan-americana da Saúde, 2001. 122 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/evidencias%20cientificas_dez_passos_sucesso_aleitamento_materno.pdf Acesso em: 03 fev. 2019.

PEREIRA-SANTOS, M et al. Prevalence and associated factors for early interruption of exclusive breastfeeding: meta-analysis on brazilian epidemiological studies. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [s.l.], v. 17, n. 1, p. 59-67, mar. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042017000100004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo>

[php?script=sci_abstract&pid=S1519-38292017000100059&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1519-38292017000100059&lng=en&nrm=iso&tlng=pt) Acesso em: 24 mar. 2019.

PRICE, E et al. Decontamination of breast pump milk collection kits and related items at home and in hospital: guidance from a Joint Working Group of the Healthcare Infection Society and Infection Prevention Society. **Journal of Hospital Infection**. 2016.p. 213- 221. Disponível em: [https://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701\(15\)00352-7/pdf](https://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701(15)00352-7/pdf) Acesso em: 24 mar 2019.

REDE BRASILEIRA DE BANCOS DE LEITE HUMANO. **BLH-IFF/NT- 24.11**: Degelo do Leite Humano Ordenhado Cru. Rio de Janeiro: Rede Blh, 2011. 4 p. Disponível em: https://rblh.fiocruz.br/sites/rblh.fiocruz.br/files/usuario/79/nt_24.11_degelo_lhocru.pdf Acesso em: 24 mar. 2019.

RIMES, KA; OLIVEIRA, MIC de; BOCCOLINI, CS. Maternity leave and exclusive breastfeeding. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 53, p. 10-22, 30 jan. 2019. Universidade de São Paulo, Agência USP de Gestão da Informação Acadêmica (ÁGUIA). <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053000244>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-89102019000100207&lng=en&nrm=iso Acesso em: 03 fev. 2019.

ROLLINS, NC et al. Por que investir e o que será necessário para melhorar as práticas de amamentação? **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 387, p. 25-44, 16 jan. 2016. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v25n1/Amamentacao2.pdf>. Acesso em 03 fev 2019.

ROTHER, ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s.l.], v. 20, n. 2, p. 5-6, jun. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-21002007000200001>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200001 Acesso em: 03 fev. 2019.

SOARES, LS et al. Vivência de mães na conciliação entre aleitamento materno e estudos universitários. **Avances En Enfermería**, [s.l.], v. 35, n. 3, p. 284-292, 1 set. 2017. Universidad Nacional de Colombia. <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v35n3.61539>. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-45002017000300284&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 31 mar. 2019.

UNICEF, **Organização Mundial da Saúde**. Global Breastfeeding Scorecard 2018: Enabling women to breastfeed through better policies and programmes. 2018. 4p. Disponível em: <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/global-bf-scorecard-2018.pdf?ua=1> Acesso em: 31 mar 2019.

UNICEF. **Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê**. São Paulo. 2011. 80.p. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/media/2351/file>. Acesso em 30 mar 2019.

VICTORA, CG et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet**, [s.l.], v. 387, n. 10017, p. 475-490, jan. 2016. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)01024-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(15)01024-7). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26869575/> Acesso em: 30 mar. 2019

VIDUEDO, A de FS et al. Mastite lactacional grave: particularidades da internação à alta. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 68, n. 6, p. 1116-1121, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680617i>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000601116 Acesso em: 30 mar. 2019.

WHO. Mtitis: causes and management. **Geneva: WHO**, 2000. 50 p. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66230/WHO_FCH_CAH_00.13_eng.pdf;jsessionid=FA2D-F5ACFE890EBFCEFF45FA312204F6?sequence=1 Acesso em: 14 jun. 2020.

PARTE 3

**COMPARTILHANDO A EXPERTISE
NO MESTRADO PROFISSIONAL
EM ENFERMAGEM NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE: A ENFERMAGEM
PROTAGONISTA**

CAPÍTULO 10

DESENVOLVIMENTO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL: MOVIMENTO DO MESTRADO PROFISSIONAL EM PARCERIA COM A GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

SUELLEN FINCATTO
DANIELLE BEZERRA CABRAL
ELISANGELA ARGENTA ZANATTA
ARNILDO KORB

INTRODUÇÃO

As Tecnologias Educacionais (TE) auxiliam no planejamento, na implementação e na avaliação do processo ensino-aprendizagem de forma a intervir em uma determinada situação. As TE podem ser definidas como ferramentas de educação em saúde, consolidando-se pelos conhecimentos científicos construídos e sistematizados e pelas experiências do cuidado em saúde (CARVALHO et al., 2017).

A educação em saúde promove, aos indivíduos, ações de hábitos saudáveis por meio de discussões, mediadas pelos profissionais de saúde. Para trabalhar a educação em saúde com uma população, é necessário ter em foco metodologias, pedagogias e filosofias existentes naquele grupo, devendo ser considerado o saber cultural do público-alvo. Para o público infantil, é preciso considerar que a educação

se encontra no lúdico, na fantasia, no imaginário, no brincar, nos sentimentos e na sexualidade e, para os adultos, consideram-se as informações já concebidas (SILVA, CARREIRO, MELLO, 2017).

Nesse contexto, a tecnologia faz parte do cotidiano do profissional de enfermagem, desempenhando um papel importante na prestação de serviços de saúde. Desta maneira é imprescindível à qualificação acadêmica, a inserção da TE em sala de aula, pois essa auxilia, fomentando a problematização e o diálogo com os estudantes de graduação, contribuindo, assim, para a formação clínica do enfermeiro de forma crítica e reflexiva (PISSAIA et al., 2017).

A lei que regulamenta o exercício profissional do enfermeiro nº 7498/86, traz no art.11, inciso II, “a educação visando à melhoria de saúde da população”, como atribuição do enfermeiro, enquanto integrante da equipe de saúde, demonstrando que a enfermagem é uma ciência que vai além da assistência e do gerenciamento, pois é também responsável pela educação (SILVA, CARREIRO, MELLO, 2017).

Ao utilizar as TE, o enfermeiro deverá adotar metodologias que atendam as condições socio-demográficas, culturais, a idade e o sexo da população envolvida, com o intuito de promover cuidados mais humanizados, comunicação assertiva e vínculo entre o enfermeiro e usuário e família de forma a qualificar a assistência prestada e o processo de trabalho do enfermeiro, seja nas dimensões éticas, comunicativas, técnicas e tecnológicas (PACHECO, AZAMBUJA, BONAMIGO, 2018; DALMOLIN et al., 2016).

Pode-se, assim, sugerir que as TE são ferramentas úteis à ensinagem da enfermagem em que a aprendizagem se torna significativa para o aprendiz, no caso os estudantes de enfermagem. Cumpre destacar que essas tecnologias ampliam o ensino e a troca de conhecimentos com a população (SILVA, CARREIRO, MELLO, 2017).

No curso de graduação em enfermagem, o uso da TE deve incentivar a autonomia, a reflexão crítica e a tomada de decisão dos acadêmicos, democratizando o conhecimento científico junto ao saber popular. Justifica-se a importância da utilização das TE pelos acadêmicos de enfermagem e docentes, devido ao ensino-aprendizagem ocorrer de forma conjunta, melhorando a comunicação, compreensão e qualificando o cuidado prestado ao paciente (PACHECO, AZAMBUJA, BONAMIGO, 2018).

Desta forma, neste relato, tem-se por objetivo demonstrar a importância da parceria do mestrado profissional com acadêmicos de graduação, em prol do desenvolvimento de tecnologias educacionais para o cuidado de enfermagem.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência sobre o desenvolvimento de uma tecnologia educacional em saúde, a partir da sinergia do mestrado profissional com a graduação em enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Ao realizar uma disciplina do mestrado profissional, intitulada de “Práticas educativas em saúde”, que propicia aproximar o pós-graduando com atividades didáticas, a mestranda desenvolveu uma TE com 30 acadêmicos de graduação de enfermagem da UDESC, quando adentrou nos aspectos teóricos e metodológicos do ensino da instituição do ensino superior nos meses de junho a setembro de 2019.

Para a realização desta atividade, inicialmente foram construídos planos de aula em três encontros com a utilização de metodologias ativas, como *Problem Based Learning* (PBL) e o *Team Based Learning* (TBL). A primeira diz respeito à aprendizagem baseada em problemas, em que o aluno integra teoria e prática, possibilitando a aplicação de conhecimentos, habilidades e atitudes para o desenvolvimento de uma solução viável a um problema definido. O segundo método educacional é a aprendizagem baseada em equipes, em que ocorrem discussões em grupo de modo cooperativo e dinâmico. Essas estratégias de metodologias permitem que os estudantes se tornem protagonistas de sua aprendizagem, desenvolvendo competências e habilidades para uma tomada de decisão crítica e reflexiva (MACEDO et al., 2018).

Também, foi utilizada a estratégia educacional do *World Café* que, conforme Machado e Passos (2018), é uma ferramenta para troca de ideias, conhecimentos com base na colaboração entre os indivíduos, propondo um espaço acolhedor e dialógico que, por meio de perguntas, estimula a participação das pessoas com emissão de opiniões e ideias, com construção coletiva de entendimento sobre o assunto em discussão.

O desenvolvimento das TE ocorreu em três encontros em sala de aula, com o uso de metodologias ativas na educação superior. Os encontros ocorreram com intervalos mensais, tendo duração de aproximadamente quatro horas cada um.

No primeiro encontro, buscou-se a integração de uma disciplina da matriz curricular do Curso de Enfermagem da UDESC que contempla as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) em seus elementos conceituais e fisiopatológicos. Assim, estreitou-se, dentro da temática das IRAS, discutir a Infecção do Trato Urinário (ITU) sobre a fisiopatologia, os microrganismos envolvidos e sua patogênese, sinais e sintomas, o diagnóstico, a terapêutica e métodos de prevenção. Para uma aprendizagem significativa, elaboraram-se casos clínicos para que os estudantes discutissem de forma crítica e reflexiva.

No segundo encontro, os conceitos de tecnologias em saúde foram abordados, partindo de uma dinâmica em grupo em que se ressaltou sobre a importância do trabalho em equipe para qualificar o cuidado do enfermeiro. Ao término dessa atividade, elaborou-se um painel com termos e conceitos de tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais, bem como tecnologias leves, leve-duras e duras (MERHY, 2002). Após essas duas intervenções pedagógicas, houve a formação de quatro grupos, em torno de oito estudantes por grupo, para desenvolver uma tecnologia educacional sobre ações preventivas de ITU, de forma a auxiliar o enfermeiro no cuidado aos usuários acometidos por essa patologia nos seus diversos cenários de atuação. Assim, cada grupo se responsabilizou em pesquisar sobre exemplos de tecnologias nas bases de dados disponíveis do Portal de periódicos Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Grau Superior (CAPES) da UDESC, por meio do acesso remoto via Comunidade Acadêmica Federada (CAFe). A mestranda orientou a elaboração da TE no ciclo de vida, abordando crianças, adolescentes, mulheres, gestantes e idosos.

No terceiro e último encontro, os acadêmicos apresentaram, por meio da metodologia educacional do *World Café*, as tecnologias desenvolvidas à orientação de ITU no ciclo de vida, nos cenários de escolas, unidades de saúde, consultórios, lar de idosos e entre outros.

RESULTADOS

O processo de ensino e aprendizagem deve ser baseado e delineado de acordo com o contexto social, econômico, cultural, sexo, idade, grau de escolaridade, de forma a facilitar e dinamizar esse processo com metodologias inovadoras. Desta forma, são necessárias competências, utilizando o saber científico, uma importante ferramenta didática tecnológica para a educação em saúde (SILVA, CARREIRO, MELLO, 2017).

A utilização de TE no contexto do ensino de enfermagem tem contribuído para mudanças educacionais tanto para docentes como discentes, sendo esses últimos corresponsáveis do seu processo de ensino e aprendizagem. A construção de TE favorece o trabalho em equipe e a resolução compartilhada de problemas do cotidiano, permitindo ao graduando refletir sobre o seu contexto de atuação e avaliar criticamente as melhores soluções existentes para os problemas que se interpoem na vida da população (LIMA et al., 2017).

Neste sentido, os acadêmicos de enfermagem, com auxílio e supervisão da mestranda, desenvolveram várias possibilidades de elaboração das TE, as quais foram agrupadas em quatro eixos temáticos, considerando-os ciclo de vida: criança, adolescentes, adultos, mulheres e gestantes e idosos. Esse formato foi delimitado, pois se entende que para cada público devem ser

utilizadas diferentes ferramentas tecnológicas, pois além das mudanças fisiológicas pelo crescimento e gênero, também há mudanças cognitivas.

Eixo I: Tecnologia Educacional para Crianças

A utilização de TE, nesse ciclo de vida, possibilita uma aprendizagem criativa e autônoma, com uma atitude colaborativa e participativa da criança. A utilização dos recursos lúdicos facilita a compreensão e replicação dos conhecimentos adquiridos pelas crianças (SILVA, CARREIRO, MELLO, 2017).

Inicialmente, os acadêmicos de enfermagem da UDESC realizaram uma busca de pesquisa nas bases de dados da CAPES sobre as possíveis e mais vantajosas tecnologias educacionais, que podem ser trabalhadas com crianças na faixa etária dos cinco aos dez anos, por entenderem que neste intervalo de idades haveria melhor comunicação para orientar e discutir a ITU.

O grupo apresentou a proposta de tecnologia educacional audiovisual, confeccionando um vídeo com imagens em formato de desenho animado e áudio gravado com voz de criança, ensinando os cuidados de higiene corporal como medida preventiva das ITU. Para este público, pensa-se em utilizar essa ferramenta nas escolas públicas municipais e estaduais por abordar um maior número de crianças, partindo do princípio da formação de crianças multiplicadoras de medidas preventivas para, assim, repassar aos pais o que reduziu nos índices de ITU.

Figura 1 - Explicando a Infecção Urinária para crianças



Fonte: <https://www.youtube.com/watch?v=h8Ou8XNb7mM&feature=youtu.be>


Eixo II: Tecnologia Educacional para Adolescentes

A adolescência compreende a faixa etária dos 10 aos 19 anos de idade, com transformações biopsicossociais, conforme o Ministério da Saúde (MS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) (FERREIRA et al, 2019).

Evidencia-se na literatura, uma necessidade de intervenções na temática das ITU e que sejam adequadas ao público-alvo. Dessa forma, as TE são ferramentas essenciais para a educação em saúde dos adolescentes, permitindo que eles se tornem protagonistas de seus cuidados em saúde (LIMA et al., 2017). Nessa perspectiva, foi desenvolvida uma TE para adolescentes por meio de um jogo educativo interativo em formato de *quiz*, com mitos e verdades sobre prevenção, tratamento e fatores de risco da ITU.

Parte-se do pressuposto que as atividades educativas para adolescentes não devem ser impostas, mas sim realizadas de maneira atrativa e participativa, proporcionando o despertar do conhecimento, o envolvimento e a reflexão sobre o assunto. Assim, foi desenvolvido um jogo educativo com cenário de aplicação as escolas, de modo que ocorra uma maior captação de estudantes, partindo do princípio que os adolescentes são multiplicadores do conhecimento na sua família, com seus amigos e na comunidade (LIMA et al., 2017).

Figura 2 - Quiz de mitos e verdades sobre ITU



QUIZ SOBRE MITOS E VERDADES DA INFECÇÃO URINÁRIA PARA ADOLESCENTES

“Pega no banheiro?”
MITO: As bactérias por trás da encrenca vivem no corpo, não por aí. Nada de segurar o xixi fora de casa.

“Suco de cranberry ajuda a prevenir?”
VERDADE: Embora ainda não haja estudos definitivos, médicos recomendam o suco ou cápsulas da frutinha contra infecções de repetição.

“Friagem faz mal”
MITO: Pegar frio no pé ou sentar no gelado não causam cistite. O problema do inverno é beber menos água

“Hidratação evita a infecção”
VERDADE: Caprichar nos goles de água eleva o volume e a saída de urina, o que ajuda a evitar a multiplicação e instalação dos micróbios.

“Sempre que houver ardor ao urinar, o motivo é a infecção urinária”
MITO: Segundo pesquisas, apenas 20% dos casos de dor e ardor são infecções urinárias. Os outros 80% não apresentam alterações que comprovem. Esse problema pode estar relacionado a infecções ginecológicas, traumatismo local ou irritações.

“Evite segurar a urina”
VERDADE: Regina comenta que o fato de reter a urina favorece um aumento da população bacteriana da flora local, podendo ocasionar a infecção. “O nosso trato urinário tem uma flora bacteriana própria, que coloniza o sistema e é eliminada periodicamente ao urinar”, comenta a especialista.

“A infecção acontece mais frequentemente em certas épocas do ano”
VERDADE: No inverno as chances de contrair a infecção aumentam. Em épocas mais frias, as pessoas costumam ingerir menos líquidos e sentem menos necessidade de ir ao banheiro. O ato de urinar auxilia na limpeza do canal da uretra e, quando isso não acontece, há um aumento da possibilidade de reter bactérias no local. Já no verão, período normalmente de férias, é natural que as mulheres mudem seus hábitos diários, como alimentação e atividades do cotidiano, causando uma oscilação no funcionamento do organismo. Este fato aumenta o risco de contrair a infecção urinária.

“Se não tratada, a infecção urinária pode causar problemas para os rins”
VERDADE: É muito importante que a infecção seja bem tratada, pois o quadro pode evoluir para uma pielonefrite (infecção nos rins). Caso tenha qualquer sintoma, procure um ginecologista

Fonte: Os Autores (2020)

Eixo III: Tecnologia Educacional para mulheres e Gestantes

A promoção do autocuidado e a prevenção de agravos nas mulheres é um desafio para o cuidado de enfermagem, em que o profissional deve planejar as ações educativas, com o uso das TE como agregador do saber cultural ao científico (BARBOSA et al., 2016).

A função da tecnologia é potencializar as habilidades e empoderar as mulheres na aquisição de novas atitudes, buscando uma transformação de si mesmas. Neste sentido, os enfermeiros

são constantemente desafiados a buscar opções que lhes ofereçam suporte para atuarem junto às mulheres, tendo as TE como fortes aliadas nesse processo (BENEVIDES et al., 2016).

A utilização de TE impressas, como manuais, folhetos, folders, livretos, álbum seriado, cartilhas e as TE audiovisuais são alternativas para informação e sensibilização da população feminina, podendo abrir caminhos novos à promoção da saúde, construção compartilhada de conhecimentos, reforçando as orientações verbais em casos de dúvidas e, por fim, auxiliar as tomadas de decisão cotidianas (BENEVIDES et al., 2016).

O grupo de acadêmicos que abordou a população feminina produziu como TE um vídeo explicativo sobre os fatores predisponentes à ITU, incluindo informações de exames diagnósticos como a urocultura. Acrescenta-se, ainda, que eles elaboraram uma cartilha para gestantes durante a consulta de enfermagem no pré-natal. E confeccionaram um chaveiro da bactéria *E. coli*, o principal microrganismo causador de ITU. As TE desenvolvidas pelos acadêmicos foram pensadas para serem trabalhadas nas unidades de saúde, clínicas da mulher, clube de mães e consultórios, sendo esses locais os mais acessíveis para a educação em saúde.

Figura 3 - Vídeo educacional: Infecção Urinária para Mulheres





Fonte: <https://www.youtube.com/watch?v=74k-i-JXBlo&feature=youtu.be>

Eixo IV: Tecnologia Educacional para Idosos

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2025, o Brasil ocupará o 6º lugar no mundo em idosos e se estima que, até 2055, indivíduos acima de 60 anos superará o de brasileiros com idade inferior a 30 anos (PERISSÉ, MARLI, 2019). Assim, envelhecer, para muitos, pode ser o período de diminuição da capacidade funcional na realização de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), que são o administrar as finanças, tomar remédios, utilizar meios de transporte, usar o telefone, entre outros (BELASCO, OKUNO, 2019). No entanto, o aumento da expectativa de vida representa uma importante conquista social, com melhoria das condições de vida, ampliação do acesso a serviços de saúde preventivos e curativos, avanço da tecnologia, ampliação

da cobertura de saneamento básico, água encanada, esgoto, aumento da escolaridade, da renda, entre outros determinantes sociais (BRASIL, 2014).

Neste sentido, com o aumento no número de idosos, as demandas econômicas, políticas, sociais e culturais aumentam para o indivíduo e à sociedade. Desta forma, há de se pensar em um envelhecimento ativo e saudável, com uma educação em saúde dialógica e problematizadora para se obter a qualidade de vida dessa população (CARDOSO et al., 2018).

A utilização de TE é uma ferramenta facilitadora para a educação em saúde à população idosa, abordando as necessidades, as dificuldades e os interesses dos idosos (CARDOSO et al., 2018). Nesse contexto, o grupo de acadêmicos, pensando em como levar informação em saúde à população idosa, produziu um vídeo educacional de prevenção e cuidados para ITU, bem como um jogo de memória envolvendo perguntas, respostas e imagens de fácil entendimento ao público-alvo (idosos) e um website com informações digitais atualizadas sobre ITU em idosos. Para esta população, o cenário de aplicação destas TE podem ser as unidades de saúde, grupo de idosos e os lares para idosos de forma a atingir o maior número de participação.

Figura 4 - Website de orientações das Infecções Urinárias



Fonte: <https://infecaourinariain.wixsite.com/udesc>

Figura 5 - Jogo de memória com perguntas e respostas sobre Infecção do trato urinário para idosos

Jogo da memória sobre infecções do trato urinário

Este jogo foi desenvolvido para estimular a memória dos jogadores ao mesmo tempo que assimila isso com informações importantes sobre sua saúde. Aqui ele está disponível para impressão.

Regras do jogo:



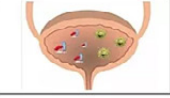
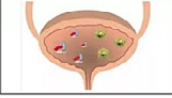






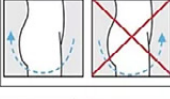
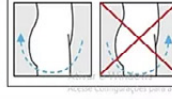


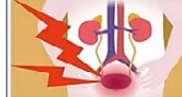
Primeiramente este tabuleiro deve ser impresso e recortado nas linhas pontilhadas.

Para pontuar no jogo, cada jogador deve:

- 1- Virar duas cartas e conferir sua posição e imagem.
- 2- Se as imagens e números presentes na parte de cima da carta forem a mesmas, o jogador deve ler em voz alta a pergunta correspondente ao número. Se algum jogador souber a resposta, deve falar.
- 3- Após a fala do jogador, quem tirou a carta deve ler a resposta correta e se ela corresponder à fala do outro jogador, ambos devem pontuar UM ponto.
- 4- Assim segue até que seja descoberto o ultimo par.

No final do jogo, ganha quem tiver maior pontuação.

JOGO PARA IMPRESSÃO:

		1. Qual a bactéria que mais causa infecção do trato urinário? Resposta: <i>Escherichia coli</i>	3. O que compõe o trato urinário? Resposta: Rins, ureteres, bexiga e uretra.		
		2. Onde vive a E.Coli? Resposta: No trato gastrointestinal (intestino grosso), vira problema quando infecta o trato urinário.	4. Como funciona o tratamento? Resposta: Após receber o diagnóstico médico e o tratamento adequado, o paciente deverá fazer o uso de antibióticos e se preferir, complementar o tratamento com uso de chás.		
		5. Por que não interromper o uso do antibiótico antes do prescrito? Resposta: Os antibióticos destroem ou param a sua reprodução. A medicação não deve ser interrompida, pois as bactérias que sobreviverem tornam-se mais fortes e resistentes a novos antibióticos.			
6. Métodos para evitar uma infecção do trato urinário? Resposta: Deber bastante água diariamente, não segurar a urina por um tempo prolongado e limpar-se de frente para trás para evitar que a bactéria da região anal entre em contato com a uretra.					
7. Quais são os sintomas mais comuns de infecção urinária? Resposta: Urina leitosa com odor acentuado, urgência e vontade de urinar com frequência e ardência.					

Fonte: Disponível dentro do website desenvolvido <https://infecaourinariain.wixsite.com/udesc/jogo-da-memoria>

As tecnologias desenvolvidas no mestrado profissional em parceria com acadêmicos de graduação em enfermagem da UDESC estão disponíveis em plataformas virtuais para acesso ao público, bem como estão disponíveis no site do mestrado profissional em enfermagem UDESC, conforme o link: <https://www.udesc.br/ceo/mpeaps/noticias>.

Destaca-se que esta sinergia do mestrado profissional com os acadêmicos de graduação em enfermagem foi importante para aperfeiçoar a tecnologia audiovisual, que a mestranda estava desenvolvendo para a prevenção e manejo das ITU em mulheres atendidas na Atenção Primária em Saúde, enquanto produto final de curso. As ideias construídas com os acadêmicos foram utilizadas

para melhorar a comunicação e a compreensão do vídeo, aliando os conhecimentos científicos de maneira clara e objetiva.

DISCUSSÃO

A proatividade, o envolvimento e a dedicação dos acadêmicos de enfermagem, na construção das TE, despertaram um novo interesse no seu aprendizado, além de auxiliá-los na construção do conhecimento de infecções urinárias a cada público-alvo, analisando a fisiopatogenia de cada ciclo de vida do ser humano. Considerando que cada grupo priorizou as demandas determinadas pelo líder do projeto, percebeu-se que houve total envolvimento por parte dos acadêmicos no aprendizado sobre como potencializar as ações de educação em saúde na prevenção de infecções urinárias para a criança, o adolescente, a mulher e o idoso.

Essa atividade é potencialmente inovadora, pois desenvolve técnicas e tecnologias que atendem a formação de habilidades do mestrado profissional e, por outro lado, apresenta outras formas de aprender na graduação, com o uso de plataformas e programas digitais na elaboração de produtos educacionais (vídeos, *web site*, cartilhas, chaveiro, jogos eletrônicos, jogo de memória).

Para fazer educação em saúde é imprescindível a busca de novas estratégias, conseguindo atenção e atração do público-alvo. O enfermeiro, enquanto educador em saúde, pode utilizar sua criatividade para elaborar materiais e ferramentas que facilitem o ensino e a aprendizagem (DALMOLIN et al., 2016).

Mesmo com os avanços tecnológicos, os materiais didáticos impressos, ainda, configuram-se como importantes ferramentas educativas, uma vez que são de fácil acesso a pessoa de diferentes estágios socioeconômicos, como é o caso das cartilhas. Assim, a cartilha auxilia a dirimir dúvidas e complementa as orientações, sendo salutar aos leitores. Porém, sua elaboração deve levar em conta a participação do receptor, para que a aprendizagem possibilite mudanças de comportamentos nos hábitos de saúde (MOURA et al., 2016).

Neste sentido, práticas colaborativas são recursos tecnológicos de informação e de comunicação. Entre estes recursos, destaca-se o vídeo educativo por ser um instrumento didático e tecnológico que proporciona a construção do conhecimento (DALMOLIN et al., 2016).

A tecnologia audiovisual reproduz imagens em movimento, despertando interesse e melhor compreensão de quem o assiste. É por meio do vídeo que o enfermeiro pode disseminar informações, cuidados e orientações sobre as mais variadas temáticas em saúde, em que o público-alvo

construa uma opinião crítica sobre determinado tema e almeje transformar seus hábitos, visando melhor qualidade de vida (RODRIGUES JUNIOR et al., 2017).

A tecnologia virtual no campo da saúde é propulsora no avanço dos cuidados, pois além da facilidade de acesso aos dados, possibilita instrumentalização administrativa e tomada de decisão. Os recursos virtuais devem ser elementos integrantes do contexto da assistência de enfermagem como uma ferramenta de apoio, para troca de informações e construção do conhecimento. Podemos citar como ambientes virtuais os vídeos, jogos educativos, *websites*, aplicativos para telefonia móvel, hipertexto, entre outros (MOREIRA et al., 2016).

A utilização das tecnologias educacionais virtuais torna o acesso à informação mais ágil e facilitada, fazendo com que maior número de pessoas possa acessá-las pela flexibilidade do acesso a qualquer hora e dia, por meio do estudo de forma independente, contribuindo ao aprendizado (SILVEIRA, COGO, 2017).

Não obstante, há uma limitação, ainda, no uso de recursos virtuais devido ao seu alto custo aos profissionais de saúde, fazendo com que muitas instituições de saúde não incentivem o seu desenvolvimento. Neste sentido, é válida a sensibilização e incentivo dos acadêmicos de enfermagem na construção e utilização das tecnologias educacionais em seus cenários de estágios e nos seus ambientes de trabalho (SILVEIRA, COGO, 2017).

CONCLUSÃO

Experienciar a sala de aula com o uso de metodologias ativas foi profícuo à mestranda e para os acadêmicos de enfermagem da UDESC, havendo uma ótima diversificação de produções científicas e tecnológicas. A partir da experiência em sala de aula, os acadêmicos puderam mobilizar suas habilidades e competências como a criatividade, a confiança, a dedicação, a responsabilidade e o conhecimento científico crítico e reflexivo em suas elaborações de desenvolvimento de TE.

Considera-se a experiência vivenciada nesse contexto inovadora, porque os produtos tecnológicos gerados: vídeos, *websites*, jogos, contemplaram o conteúdo em saúde (prevenção e controle de ITU), embasados na literatura científica nacional e internacional, atingindo seu propósito educativo e colaborando com a formação e prática clínica de qualidade. Verifica-se que os acadêmicos estão inseridos no cenário tecnológico contemporâneo, com isso suas habilidades devem ser incorporadas na prática da assistência, garantindo qualidade no cuidado, segurança e resolutividade aos problemas da população. Neste sentido, a vivência de cada acadêmico de enfermagem, no

processo ensino-aprendizagem, proporcionou a busca pela cientificidade e sua relação com os ambientes de trabalho em saúde e comunidade.

Considera-se, assim, essa experiência como mestranda, desafiadora e atrativa, pois além do conhecimento construído em sala de aula, possibilitou o aperfeiçoamento da tecnologia em construção, produto final de conclusão de curso do mestrado profissional, bem como propiciou o modo de desenvolver e utilizar a TE na formação clínica dos graduandos de enfermagem, com o intuito de fortalecer as ações de educação em saúde para se obter uma assistência de enfermagem efetiva e resolutive nos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, EMG et al. Tecnologias educativas para promoção do (auto) cuidado de mulheres no pós-parto. **Rev. Bras. Enferm.** [online]., v.69, n.3, 2016. p.582-590. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v69n3/0034-7167-reben-69-03-0582.pdf>. Acesso em: 20 de mar. de 2020.

BELASCO, AG da S; OKUNO, MFP. Reality and challenges of ageing. **Rev Bras Enferm.** v. 72(Supl 2), p.1-2, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v72s2/pt_0034-7167-reben-72-s2-0001.pdf. Acesso em: 23 de junho de 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral.** XXX Congresso nacional de secretarias municipais de saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf. Acesso em: 10 de maio de 2020.

BENEVIDES, JL et al. Construção e validação de tecnologia educativa sobre cuidados com úlcera venosa. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 2, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n2/pt_0080-6234-reeusp-50-02-0309.pdf. Acesso em: 06 de jun.2020.

CARDOSO, R da SS et al. Tecnologia educacional: um instrumento dinamizador do cuidado com idosos. **Rev. Bras. Enferm.** [online]. v.71, n.2, 2018. p.786-792. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s2/pt_0034-7167-reben-71-s2-0786.pdf. Acesso em: 31 de mar. de 2020.

CARVALHO, DS de et al. Construção de tecnologia educacional para estomizados: enfoque no cuidado da pele periestoma. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v.72, n. 2, 2019. p. 427-434. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v72n2/0034-7167-reben-72-02-0427.pdf>. Acesso em: 12 de fev. 2020.

DALMOLIN, A et al. Educational video as a healthcare education resource for people with colostomy and their families. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.37, n.spe, 2016. Disponível

em: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37nspe/0102-6933-rgenf-1983-14472016esp68373.pdf>.

Acesso em: 16 de mar. 2020.

LIMA, NKG de et al. Proposta de jogo como tecnologia educacional para a promoção da saúde cardiovascular do adolescente. **III Seminário de Tecnologias aplicadas a saúde**, 2017. Disponível em: <https://www.revistas.uneb.br/index.php/staes/article/view/3830/2380>. Acesso em: 07 de jun. 2020.

MACEDO, KD da S et al. Metodologias ativas de aprendizagem: caminhos possíveis para inovação no ensino em saúde. **Rev. Escola Anna Nery**. v. 22 n.3, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n3/pt_1414-8145-ean-22-03-e20170435.pdf. Acesso em: 11 de fev.2020.

MACHADO, MPM; PASSOS, MFD. O uso do world café como método de pesquisa junto às equipes de saúde. **Rev. Brasileira de Promoção da Saúde**. v.31, nov. 2018. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/8647/pdf>. Acesso em: 06 de jun. 2020.

MERHY, EE. Em busca de ferramentas analisadoras das Tecnologias em Saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY EE, ONOKO R, (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 113-50.

MOREIRA, ACA. Desenvolvimento de software para o cuidado de enfermagem: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 10 n. 6:4942-50, 2016. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7887/pdf_2050. Acesso em: 11 de fev.2020

OLIVEIRA, SM; SANTOS, LLG dos. Infecção do trato urinário: estudo epidemiológico em prontuários laboratoriais. **Journal Health NPEPS**. v. 3 n.1, 2018. p.198-210. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/2843>. Acesso em: 12 de fev. 2020.

PACHECO, KCF; AZAMBUJA, MS de; BONAMIGO, AW. A construção de objeto de aprendizagem sobre doenças transmissíveis para agentes comunitários de saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Por-

to Alegre, v. 38, n. 4, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgefn/v38n4/1983-1447-r-genf-38-04-e2017-0073.pdf>. Acesso em: 12 de fev. 2020.

PERISSÉ, C; MARLI, M. Idosos indicam caminhos para uma melhor idade. **Rev. Retratos**, n.16, p:18-25, 2019. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/d4581e6bc87ad8768073f974c0a1102b.pdf. Acesso em: 23 jun. 2020.

PISSAIA, LF; COSTA AEK da; REHFELDT MJH; MORESCHI C. Tecnologia educacional no processo de formação de enfermeiros. **Rev. do Departamento de Educação Física e Saúde e do Mes-trado em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul / Unisc**. v. 18 – n. 3, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v18i3.8865>. Acesso em: 01 de mar. 2020.

RODRIGUES JUNIOR, JC et al. Construção de vídeo educativo para a promoção da saúde ocular em escolares. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 2, e06760015, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/pt_0104-0707-tce-26-02-e06760015.pdf. Acesso em: 31 de março de 2020.

SILVA, DM de LS; CARREIRO, F de A; MELLO, R. Tecnologias educacionais na assistência de enfermagem em educação em saúde: Revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.11 n. 2, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/13475/16181>. Acesso em 01 de abril de 2020.

SILVEIRA, M de S; COGO, ALP. Contribuições das tecnologias educacionais digitais no ensino de habilidades de enfermagem: revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 38, n. 2, e66204, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgefn/v38n2/0102-6933-r-genf-1983-144720170266204.pdf>. Acesso em: 01 de abril de 2020.

SOBRE OS AUTORES

Aline Fagundes Venturin Martinazzo.

Enfermeira.

Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC/OESTE).

Enfermeira na Secretaria Municipal de Saúde de Monte Carlo, SC.

E-mail: alineventurin@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7020-3693>

Andreia Cristina Dall'Agnol, Enfermeira.

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/MPEAPS da UDESC/OESTE.

Enfermeira no Hospital Regional do Oeste/Chapecó.

E-mail: enfandreia21@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7011-9697>

Arnildo Korb.

Biólogo. Doutor em Meio Ambiente e Desenvolvimento pela Universidade Federal do Paraná.

Professor Adjunto do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/MPEAPS da UDESC/OESTE.

E-mail: arnildo.korb@udesc.br.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7333-0754>

Carine Vendruscolo.

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina.

Professora Assistente do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/MPEAPS da UDESC/OESTE.

E-mail: carine.vendruscolo@udesc.br.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5163-4789>

Carla Argenta.

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Professora Adjunta do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/MPEAPS da UDESC/OESTE.

E-mail: carla.argenta@udesc.br.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7426-6472>

Danielle Bezerra Cabral.

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo.

Professora Adjunta do Curso de Enfermagem UDESC/OESTE.

E-mail: dannybcabral@hotmail.com.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7333-0754>

Denise Antunes de Azambuja Zocche.

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Professora Adjunta do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/MPEAPS da UDESC/OESTE.

E-mail: denise.zocche@udesc.br.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4754-8439>

Edlamar Kátia Adamy.

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Professora Adjunta do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/MPEAPS da UDESC/OESTE.

E-mail: edlamar.adamy@udesc.br.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8490-0334>

Elisangela Argenta Zanatta.

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Professora Assistente do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/MPEAPS da UDESC/OESTE.

E-mail: elisangela.zanatta@udesc.br.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7426-6472>

Jacqueline Hermes.

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/MPEAPS da UDESC/OESTE.

Enfermeira na Secretaria Municipal de Saúde de Itapiranga.

E-mail: jacqueline_hermes@hotmail.com.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0201-9920>

Juliana Andréia Duarte Araújo.

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/MPEAPS da UDESC/OESTE.

Enfermeira da Secretária Municipal de Saúde de Xanxerê/SC.

E-mail: ju_duartte@hotmail.com.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2747-3348>

Kaciane Boff Bauermann.

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/MPEAPS da UDESC/OESTE.

Gerência Regional de Saúde/Maravilha-SC.

E-mail: kacianebb@hotmail.com.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1897-1203>

Leila Zanatta.

Farmacêutica. Doutora em Farmácia pela Universidade Federal de Santa Catarina.

Professora Adjunta do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/MPEAPS da UDESC/OESTE.

E-mail: leila.zanatta@udesc.br.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0935-4190>

Letícia de Lima Trindade.

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina.

Professora Adjunta do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/MPEAPS da UDESC/OESTE.

E-mail: letrindade@hotmail.com.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7119-0230>

Lucimare Ferraz.

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo.

Professora Adjunta do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/MPEAPS da UDESC/OESTE.

E-mail: ferraz.lucimare@gmail.com.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2487-8614>

Maiara Daís Schoeninger.

Enfermeira.

Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC/OESTE).

E-mail: maia_schoeninger@hotmail.com.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0095-1485>

Maira Scaratti.

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/MPEAPS da UDESC/OESTE.

Enfermeira na Secretaria de Saúde do município de Chapecó/SC.

E-mail: mairascaratti@gmail.com.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3790-4308>

Mariluci Neiss.

Enfermeira.

Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/MPEAPS da UDESC/OESTE.

Enfermeira na Secretaria Municipal de Saúde de Xanxerê/SC.

E-mail: marilucineiss@hotmail.com.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1019-6214>

Paola Franceschi Zanatta.

Enfermeira.

Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/MPEAPS da UDESC/OESTE.

Enfermeira na Prefeitura Municipal de Alpestre/RS.

E-mail: p-zanatta@hotmail.com.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6431-4488>

Rosana Amaora Ascari.

Enfermeira.

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Professora Adjunta do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/MPEAPS da UDESC/OESTE.

E-mail: rosana.ascari@udesc.br.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2281-8642>

Silvana dos Santos Zanotelli.

Enfermeira.

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Professora Adjunta do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/MPEAPS da UDESC/OESTE.

E-mail: silvana.zanotelli@udesc.br.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5357-0275>

Suellen Fincatto.

Enfermeira.

Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/MPEAPS da UDESC/OESTE.

Enfermeira na Secretaria Municipal de Saúde de Riqueza/SC.

E-mail: sufincatto@hotmail.com.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7937-6876>

Vanessa Correa de Moraes.

Enfermeira.

Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/MPEAPS da UDESC/OESTE.

Enfermeira do Trabalho na Aurora Alimentos, Chapecó/SC.

E-mail: vanemoraes.enf@gmail.com.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5792-3514>



editora
UDESC

ISBN: 978-65-88565-54-4

CDL



9 786588 565544